

---

# DEN “VANSKELIGE” ATFERDEN

---



Lynn Sevik  
Kandidatnr: 200

Masteroppgave i sykepleie – Klinisk forskning og fagutvikling  
Fakultet for helsevitenskap  
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Kull: Deltid 2014  
Leveringstidspunkt: Mai 2019

Hovedveileder: Liv Halvorsrud  
Medveileder: Hanne Marie Rostad  
Antall ord: 7152

# Forord

Proessen med å ferdigstille denne masteroppgaven har vært lang, og har til tider opplevdes som umulig å gjennomføre ved siden av arbeid og familieliv.

Som leder av en sykehjemsavdeling der mange av beboerne har demens har jeg et sterkt engasjement for denne pasientgruppen og de som daglig sørger for pleie og omsorg for dem, nemlig sykepleierne. Derfor har temaet i denne masteroppgaven vært viktig for meg, både personlig og faglig, og jeg er stolt av å endelig ha fullført studiet.

Jeg vil rette en takk til min hovedveileder Liv Halvorsrud som hele tiden har vist meg tillit og oppmuntring, selv når jeg virkelig har stått fast med både motivasjon og fremdrift. Takk også til min biveileder Hanne Marie Rostad for at jeg fikk bruke data som hun har samlet inn til sin doktorgradsavhandling, og for mange gode innspill og tilbakemeldinger i prosessen.

Sist, men ikke minst, vil jeg takke min mann som har stått stødig ved min side og heiet meg frem. Takk for all støtte som jeg har fått – det har vært avgjørende for at denne masteroppgaven nå endelig er ferdigstilt.

Lynn Sevik  
Nøtterøy, mai 2019

# Sammendrag

**Tittel:** Den «vanskelige» atferden

**Bakgrunn og hensikt:** Pasienter og sykepleiere i sykehjem påvirkes negativt av atferdsmessige- og psykiatriske symptomer. Formålet med artikkelen er å presentere forekomsten, hyppigheten og intensiteten av atferdsmessige- og psykiatriske symptomer på sykehjem, og hvilke av symptomene sykepleierne rapporterer som mest belastende. Hensikten med forordningsdelen er gi en grundigere innføring i demens, atferd som kommunikasjon og personsentrert.

**Metode:** Tverrsnittundersøkelse basert på data fra Neuropsykiatrisk evalueringsguide.

**Resultater:** Agitasjon/aggresjon forekommer hos flest pasienter, mens oppstemthet/eufori forekommer hos færrest av pasientene og gir lavest skår på totalbelastningen for sykepleiere. Vrangforestillinger og agitasjon/aggresjon gir høyest totalbelastning.

**Konklusjon:** Kartlegging av atferd baseres på den enkelte sykepleier sin egen erfaring, kompetanse og opplevelse. Optimal omsorg for pasienter med demens og reduisering av sykepleierens belastning krever kunnskap om atferdsmessige- og psykiatriske symptomer og årsaker til atferden. Personsentrert tilnærming er nødvendig for å tolke atferd og iverksette tiltak for å redusere atferdsmessige- og psykiatriske symptomer.

**Nøkkelord:** Atferd, belastning, demens, sykehjem, sykepleier, symptomer

# Abstract

**Title:** The "challenging" behavior

**Background and aim:** Behavioral and psychiatric symptoms have a negative impact on patients and registered nurses. The article presents the occurrence, frequency and intensity of behavioral and psychiatric symptoms in nursing homes, and which symptoms are considered by registered nurses as most disruptive. To shed light on the results presented in the article, the paper provides a deeper understanding of dementia, behavior as communication and person-centered care.

**Method:** Cross-sectional study using the Neuropsychiatric Inventory Nursing Home version.

**Results:** Agitation / aggression occurs most often, while elation / euphoria occurs in few patients and has the lowest disruptiveness score. Delusions and agitation / aggression has the highest score on disruptiveness.

**Conclusion:** Interpretation of behavior is affected by characteristics of the registered nurses. A person-centered approach is necessary to interpret behavior and take appropriate action to reduce behavioral and psychiatric symptoms.

To ensure optimal care for patients with dementia and to take measures to reduce the registered nurse's distress, knowledge of behavioral and psychiatric symptoms is important.

**Keywords:** Behavior, dementia, occupational disruptiveness, nurse, nursing home, symptoms

# Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	3
Abstract	4
Innholdsfortegnelse	5
<b>1.0 Innledning.....</b>	<b>7</b>
<b>2.0 Demens og atferd.....</b>	<b>8</b>
2.1 <i>Demens og symptomer.....</i>	<i>8</i>
2.2 <i>Atferdsmessige- og psykiatriske symptomer ved demens (APSD) .....</i>	<i>9</i>
2.3 <i>Atferd som kommunikasjon.....</i>	<i>11</i>
<b>3.0 Sykepleie til personer med demens.....</b>	<b>13</b>
3.1 <i>Personsentrert omsorg .....</i>	<i>13</i>
3.2 <i>Pasientatferd og belastning for sykepleiere.....</i>	<i>15</i>
3.4 <i>Kartlegging av atferd og tolkning av belastning.....</i>	<i>19</i>
<b>4.0 Metodekritikk .....</b>	<b>23</b>
4.1 <i>Styrker og svakheter ved studien .....</i>	<i>23</i>
<b>5.0 Oppsummering .....</b>	<b>25</b>
<b>6.0 Litteraturliste .....</b>	<b>27</b>
<b>Artikkel: Den «vanskelige» atferden.....</b>	<b>30</b>
<b>Vedlegg 1: Forfatterveiledning for tidsskriftet «Tidsskrift for omsorgsforskning» .....</b>	<b>51</b>

*Du er i en virvlende tåke, og i halvmørke. Du vandrer rundt på et sted som virker vagt kjent, og likevel vet du ikke hvor du er; Du kan ikke finne ut om det er sommer eller vinter, dag eller natt. Av og til letter tåken litt, og du kan se noen ting virkelig klart. Men når du prøver å fornemme hvor du er blir du overveldet av en slags sløvhet og dumhet; Din kunnskap glir bort, og igjen er du helt forvirret.*

*Mens du snubler i tåken har du et inntrykk av at folk løper forbi deg, bablende som bavianer. De ser ut til å være så energiske og målbevisste, men deres virksomhet er uforståelig. Av og til plukker du opp samtaler og har inntrykk av at de snakker om deg. Noen ganger ser du et kjent ansikt, men når du beveger deg mot ansiktet forsvinner det eller blir til en demon. Du føler deg fortvilet, alene, forvirret, redd. I denne fryktelige tilstanden forstår du at du ikke kan kontrollere blæren eller tarmene dine, du taper helt grepet, du føler deg skitten, skyldig, skamfull. Det er så ulikt hvordan du pleide å være, at du ikke engang kjenner deg selv igjen.*

*Og så er det forhørene. Vanlige folk ber deg om å utføre rare oppgaver som du ikke helt kan forstå. For eksempel å telle bakover fra hundre eller følge instruksjonene; "Hvis du er over 50, legg hendene over hodet ditt". Du blir aldri fortalt formålet eller resultatene av disse forhørene. Du ville være villig til å hjelpe, ivrig etter å samarbeide, hvis du bare visste hva det handlet om, og hvis noen tok deg seriøst nok til å lede deg.*

*(Kitwood, 1997, s.17;egen oversettelse)*

## 1.0 Innledning

Denne masteroppgaven er todelt, og består av en artikkel og en tematisk fordypning. Artikkelen er utformet etter retningslinjene til tidsskriftet «Tidsskrift for omsorgsforskning» og er et manuskript som vil innsendes etter godkjenning fra veiledere. Studien baserer seg på dataene fra kartleggingsverktøyet Nevropsykiatrisk evalueringsskjema sykehjemsversjon (NPI-NH), som ble brukt i doktorgradsarbeidet til Hanne Marie Rostad (Rostad et al., 2018).

Artikkelens tittel «Den vanskelige atferden» henspiller på et begrep som brukes på forskjellige måter i praksis og som ofte sier noe om hvordan atferden både oppfattes av pasienten selv, men også av de som er rundt pasienten, nemlig sykepleiere og pårørende. I studien har sykepleiere, ved hjelp av kartleggingsskjemaet NPI-NH, rapportert på forekomst, intensitet og hyppighet av 12 forskjellige atferdssymptomer i pasientgruppen, samt skåret belastningen de opplever for hvert av symptomene.

I den tematiske fordypningsdelen inkluderes en grundigere beskrivelse av demens, utfordrende atferd og atferd som kommunikasjon enn det var plass til i artikkelen fordi dette danner grunnlaget for å forstå, tolke og vurdere APSD. I tillegg presenteres teori om personsentrert omsorg som er en viktig del av arbeidet i demensomsorgen. Dette fordi det fra nasjonalt hold blir sett på som gullstandarden for pleie og omsorg, og derfor er en del av våre føringer for arbeid med personer med demens. Forskning viser at det finnes mange faktorer som kan være medvirkende til belastningen som ses hos sykepleiere, derfor vil det også være et fokus i denne fordypningsdelen sett i lys av resultatene fra den tilhørende artikkelen. Videre vil den tematiske fordypningen omhandle muligheter og begrensninger ved kartlegging av pasienters atferd, og tolkningen av sykepleieres rapporterte belastning diskuteres.

Avslutningsvis vil studiens styrker og svakheter diskuteres og fordypningsdelen oppsummeres. I denne fordypningsdelen vil både begrepet APSD og utagerende atferd benyttes. Dette fordi at faglitteraturen ofte bruker begrepene om hverandre, og fordi at «utfordrende atferd» er beskrivende for hvordan den rapporteres av sykepleiere. APSD vil utfordre både den enkelte pasient sine muligheter for å kommunisere sine behov og samspillet mellom sykepleier og pasient. I tillegg er APSD utfordrende for andre pasienter i miljøet og det utfordrer vår måte å tolke og reagere på pasienter med demens.

## 2.0 Demens og atferd

### 2.1 Demens og symptomer

Når man blir eldre, reduseres den kognitive kapasitet på enkelte områder, for eksempel reaksjonsevne og hukommelse. Eldre menneskers fysiske og psykiske fungeringsevne påvirkes i større grad enn yngre mennesker av psykologiske og sosiale forhold. Hjernens evne til å yte svekkes med økende alder, reservekapasiteten reduseres og dermed kan påkjenninger bli vanskeligere å mestre (Eskeland, 2017). Dette er normale, aldersrelaterte forandringer. Redusert kognitiv kapasitet grunnet demens er derimot ikke en følge av normal aldring, men av sykdom. Demens er et uttrykk som stammer fra latin og betyr gal, eller ut av eget sinn. Begrepet var allerede kjent for flere hundre år siden, og det har blitt forbundet med gamle mennesker som er forvirret og glemske (Engedal & Haugen, 2018). Det er estimert at omtrent 35 millioner mennesker i verden i dag lider av demens, og tallet for Norge er et sted mellom 80 000 og 90 000 personer. De aller fleste er over 75 år gamle (Engedal, 2016). Det ses ikke store forskjeller mellom kjønnene når det gjelder forekomst av demens, men fordi kvinner generelt lever lengre enn menn så ser man totalt sett flere kvinner med demens (Eskeland, 2017). Demens er en fellesbetegnelse på en tilstand som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, og som er kjennetegnet ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evner til å utføre dagligdagse aktiviteter på lik linje som tidligere og endret sosial atferd (Engedal & Haugen, 2018).

Demens er en samlebetegnelse på flere sykdommer som vil gi skader i hjernen, og symptomene vil variere etter grad av demensutbredelse og hvor i hjernen skaden er. Demens er et ervervet hjerneorganisk syndrom hos en voksen eller eldre person, som kjennetegnes ved svekket kognitiv kapasitet (Engedal & Haugen, 2018), som for eksempel redusert evne til hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Denne svikten fører til nedsatt evne til å klare dagliglivets aktiviteter og endret atferd er vanlig. Demens er en kronisk tilstand og forverrer seg ofte over tid (Engedal & Haugen, 2018), og er den hyppigste årsaken til at eldre flytter på sykehjem og den fjerde hyppigste dødsårsaken hos eldre over 65 år (Engedal, 2008).

Det finnes mange typer demenssykdommer, og det er vanlig å dele de inn i tre hovedgrupper:

- Degenerativ demens: progredierende sykdommer som ødelegger hjernens strukturer og som fører til svikt i både intellektuelle og fysiske funksjoner.



- Vaskulær demens: sykdommer relatert til hjernen blodforsyning som følge av hjerte- og karsykdom, og utviklingen av demenssykdommen skjer ofte trinnvis.
- Sekundærdemens: sykdommer som følger av andre lidelser, for eksempel alkoholutløst demens, hodeskader, vitaminmangler eller infeksjoner. Dersom grunnsykdommen kan behandles så kan av og til demensutviklingen stanses (Eskeland, 2017).

Fordeling av pasienter med demens ser slik ut:

- Ca 60-70% har Alzheimers sykdom
- Ca 25% har vaskulær demens
- Ca 5-7% har sekundærdemens

(Eskeland, 2017)

## 2.2 Atferdsmessige- og psykiatriske symptomer ved demens (APSD)

Atferdsmessige- og psykiatriske symptomer hos personer med demens (APSD) kan forårsake høy grad av stress både for pasienten selv og omsorgsgiver, og det anses som et meget belastende aspekt av det å yte omsorg (Kristiansen, Hellzén, & Asplund, 2006). De aller fleste personer med demens vil oppleve ett eller flere APSD i løpet av sitt sykdomsforløp, og symptomene kan komme og gå, eller vedvare over år. APSD påvirker livskvaliteten for både pasient og pårørende, og er ofte årsaken til at pasienten flytter på institusjon (Gaugler, Yu, Krichbaum, & Wyman, 2009; Selbæk, 2005). Forekomsten og alvorlighetsgraden vil som regel øke med grad av demens, men av og til kan slik atferd være noen av de første symptomene på en demenssykdom (Selbæk, 2018). APSD (engelsk BPSD – behavioural and psychological symptoms in dementia) ble introdusert i 1990-årene og har siden vært den gjeldende betegnelsen i nasjonal og internasjonal litteratur, men begreper som neuropsykiatriske symptomer og utfordrende atferd er også hyppig benyttet (Selbæk, 2005).

Psykiatriske symptomer kan være vrangforestillinger, paranoide forestillinger, hallusinasjoner, apati, depresjon og angst. Atferdssymptomene er gjerne aggresjon og agitasjon, samt kritikkløs tale, uro, vandring, ukritisk seksuell atferd og døgnrytmeforstyrrelser (Eskeland, 2017). APSD oppstår i et samspill mellom den biologiske sårbarheten og de personlige og miljømessige forholdene i pasientens omgivelser, og både utredning og behandling bør ta utgangspunkt i denne forståelsen (Selbæk, 2018). Forskjellige nevrobiologiske forandringer kan ha sammenheng med utvikling av APSD symptomer. I

tillegg er det utløsende årsaker i pasienten sitt miljø, somatisk sykdom eller legemiddelbruk, faktorer som det gjerne er mulig å iverksette tiltak rundt (Selbæk, 2005).

Agitasjon/aggresjon blir i flere studier rangert som det atferdssymptomet som er vanskeligst å håndtere for sykepleiere (Leone et al., 2013; Song & Oh, 2015), og denne type atferd forekommer ofte hos personer med demens på sykehjem (Bergh & Selbæk, 2012; Lyketsos et al., 2000; Testad, Aasland, & Aarsland, 2007; Zuidema, Derksen, Verhey, & Koopmans, 2007).

Tradisjonelt sett har man ansett utfordrende atferd som en atferd som er forstyrrende for miljøet rundt eller som har elementer av uro eller utagering som for eksempel roping, slag og spark (Kjelberg, 2002). Dermed blir kanskje meningen med begrepet utfordrende atferd at den er utfordrende for sykepleierne å håndtere eller å forholde seg til i sin arbeidsdag, eller at den er plagsom for andre pasienter, pårørende og miljøet generelt. Aggresjon skjer ofte i forbindelse med stell eller andre situasjoner der pasienten ikke forstår hva som skjer, og agitasjon er ofte et uttrykk for misnøye hos pasienten og det kan være vanskelig for personalet å finne årsaken til dette (Selbæk, 2005). Man kan grovt inndele aggresjon under begrepene angrepsaggressivitet og forsvarsaggressivitet. Førstnevnte kan tyde på biologisk skade eller kan forekomme ved delirium. Forsvarsaggressivitet kan oppstå under samhandling mellom pasienten og andre personer i dens miljø, og kan blant annet ha bakgrunn i at pasienten ikke forstår situasjonen eller opplever seg krenket (Engedal, 2000). Men man vet også at en stor del av personer med demens på sykehjem er passive og apatiske (Engedal, 2008; Zuidema et al., 2007) enten på grunn av sin sykdomstilstand eller som en reaksjon på miljøet de lever i, og dette bør også kanskje ses på som en atferd som er utfordrende, i alle fall for pasienten selv? Allikevel viser studier at dette ikke nødvendigvis medfører en høyere opplevelse av belastning for sykepleierne (Leone et al., 2013; Mulders et al., 2018). Apati er utbredt hos pasienter med demens, og kan være et tegn på underliggende somatisk sykdom som for eksempel »stille delirium» (Selbæk, 2005). Andre typer APSD som ses hyppig hos pasienter med demens er angst, depresjon, avvikende motorisk atferd og forandret døgnrytme (Engedal, 2000)

### 2.3 Atferd som kommunikasjon

Alle mennesker viser atferd, enten man er alene eller er sammen med andre, og den påvirkes av det som skjer i vårt følelsesliv og hvilke stimuli som møter oss fra utsiden. Atferden endrer seg etter hvem man kommuniserer med, miljøet man er i og hvordan man har det, og er en kommunikasjonsform for både positive og negative følelser med eller uten bruk av ord (Kjelberg, 2002).

For å forstå hva som kommuniseres gjennom en person med demens sin atferd er det nødvendig med en helhetlig kjennskap til pasientens personlighet, livshistorie og det totale sykdomsbildet. Gjennom sine yrkesetiske retningslinjer skal sykepleieren ivareta den enkelte pasient sitt behov for helhetlig omsorg og ha respekt for deres iboende verdighet (Norsk Sykepleierforbund, 2011). I tillegg forutsetter det at sykepleieren har vilje til å være tilstede for pasienten og respekt for vedkommende sin opplevelse av virkeligheten. Dette innebærer å lytte til ord, se på kroppsholdning, bevegelse og mimikk (Rokstad, 2006), tolke atferd som forsøk på kommunikasjon og aktivt sette seg inn i situasjonen slik den kan oppleves av personen med demens (Helsedirektoratet, 2017).

Utfordrende atferd uten noen åpenbar foranledning er uforutsigbart, og det kan finnes flere mulige forklaringer på atferden. På den ene siden kan det tyde på at det finnes biologiske skader som igjen kan medføre manglende impuls kontroll, eller forekomst av delirium eller psykose. På den andre siden kan slik atferd oppstå etter en hendelse som pasienten har kommet opp i, gjerne i samhandling med andre pasienter eller pleiere, og kan tyde på at pasientens intimsfære har blitt overskredet på en eller annen måte (Engedal, 2008).

Til tross for språklige og kognitive begrensninger er det rimelig å anta at personer med demens lenge opprettholder et ønske om å bli respektert og verdsatt, og at kommunikasjonen gjennom atferd ofte kan romme mer eksistensielle behov som det å bli hørt, sett, berørt og anerkjent av andre mennesker (Rokstad, 2006). Studier har vist at personer med moderat til alvorlig grad av demens selv kan gi detaljert og relevant informasjon om deres udekte behov via egen atferd, særlig når det gjelder det psykologiske og mellommenneskelige aspektet (Orrell et al., 2008; Van Der Roest et al., 2007).

All kommunikasjon handler om en prosess med et budskap mellom sender og mottaker, og som mennesker vil vi på en eller annen måte være deltagere i kommunikasjon hver dag. Dette gjør vi enten ved å bruke ordene når vi snakker (verbal kommunikasjon) eller ved hjelp av kroppsspråk eller mimikk (nonverbal kommunikasjon). Mennesker kan oppfatte kommunikasjon via kroppsspråk og tonefall bedre enn ord, og ofte kan man oppleve

misforhold mellom det en person sier med ord, og det som blir vist med kroppen signaler (dobbeltkommunikasjon) og dette kan føre til utrygghet (Berentsen, 2008). Det å selv kommunisere på en god måte og samtidig oppfatte en annen person sin måte å kommunisere på blir derfor en viktig men også krevende oppgave for sykepleiere i deres møte med personen med demens, og da særlig dersom personen viser utfordrende atferd. Sykepleieren må lete etter årsaksforholdene som kan ligge bak atferden som utvises, og det bør iverksettes kartlegging av type atferd, hyppighet og i hvilke situasjoner den aktuelle atferden oppstår. Riktig tiltak er derfor avhengig av om man er i stand til å forstå hvorfor pasienten gjør som han gjør, og hvorvidt man klarer å legge forholdene til rette for at atferdsmønsteret kan brytes (Engedal, 2000).

Hvordan sykepleieren samhandler med pasienten er like viktig som selve prosedyren som gjennomføres, og det er nødvendig at sykepleieren selv reflekterer over hvordan egen atferd kan påvirke pasienten i positiv eller negativ grad (Berentsen, 2008). Når man vet at pasienter med demens kan ha vanskelig for å oppfatte og forstå ordene som blir sagt og ikke har evner til å kommunisere adekvat verbalt, er det viktig med fokus på kommunikasjon gjennom kroppsspråk og mimikk for å samhandle med pasienten. Det er da opp til sykepleieren å tolke hva pasienten forsøker å formidle via sin atferd. Dersom sykepleieren ikke tolker atferden «riktig» kan det oppleves som utrygt og forvirrende for pasienten, og pasienten kan reagere med atferd som kan oppleves som utfordrende som sin eneste utvei (Rokstad, 2005). En stor del av kommunikasjonen mellom sykepleier og pasienten med demens baserer seg derfor på å lytte, og forsøke å få tak i det som pasienten ønsker å formidle (Eskeland, 2017). Å aktivt lytte til pasienten innebærer ikke bare å høre etter ordene som blir sagt, men også å ta i bruk våre andre sanser. Hva signaliserer pasienten med kroppen sin? Ser det ut til at han har smerter? Virker han redd eller trist? Er han sulten eller tørst? Trenger han en tur på toalettet eller kjeder han seg?

## 3.0 Sykepleie til personer med demens

### 3.1 Personsentrert omsorg

De siste tiårene har det blitt et større fokus i eldreomsorgen på å ta pasientens perspektiv og å forsøke og sette seg inn i hva som er viktig for enkeltmennesket. En slik tilnærming handler om å anerkjenne det enkeltes menneskets livshistorie, personlighet, opplevelser og behov (Engedal & Haugen, 2018). Å yte full rettferdighet til alle de unike personene i enhver sammenheng vil være ekstremt utfordrende, og det vil kreve mye av sykepleiere. Det forutsetter at det tas hensyn til pasientens temperament, medfødte evner, interesser, smak, tro, verdier, forpliktelser, livsstil, biografi, kjønn, klasse og kultur (Kitwood, 1997).

Begrepet personsentrert omsorg inneholder et rammeverk av fire fremtredende elementer (VIPS);

- 1) Validering personer med demens og de som bryr seg om dem (V)
- 2) Individuell behandling av mennesker som enkeltpersoner (I)
- 3) Ser verden fra Perspektivet til personen med demens (P)
- 4) Et positivt Sosialt miljø der personen som lever med demens, kan oppleve velvære (S)

(Brooker, 2003).

Personsentrert omsorg innebærer også å anerkjenne og tilrettelegge for personalet i sykehjem som utgjør en stor del av personer med demens sitt daglige miljø. Det er viktig å fokusere på tiltak som kan bidra til at personalet er best mulig rustet til å utføre de oppgavene som arbeid med denne pasientgruppen krever (Rokstad, 2005). Dette vil inkludere jevnlig kompetanseheving på somatisk sykdom, kartlegging av smerter, lindrende behandling, kommunikasjon, miljøbehandling og ikke minst en tydelig og klar forståelse av mål og mening med et personsentrert fokus.

I tillegg vil det være nødvendig med rom for etisk refleksjon for sykepleierne der dilemmaer og utfordringer som oppstår i praksis kan diskuteres slik at man kan finne løsninger og få aksept for egne opplevelser (Edvardsson, Sandman, Nay, & Karlsson, 2008). På organisatorisk nivå skal det, i henhold til nasjonale retningslinjer, legges til rette for opplæring i personsentrert omsorg for alle ansatte, og ansatte skal støttes i sin utøvelse av omsorg og behandling med et personsentrert fokus (Helsedirektoratet, 2017). En viktig faktor i en implementeringsprosess av personsentrert tilnærming i sykehjemsavdelingen forutsetter

at de som skal være med og iverksette tiltak også får være med og fatte beslutningene, slik at de får et eieforhold til den nye kunnskapen og arbeidsmetodikken (Rokstad & Røsvik, 2018). På denne måten er det større sannsynlighet for å lykkes med prosessen og at det vil kunne gi en varig endring i hvordan man oppfatter pasienten og hvordan man legger opp sitt arbeide rundt den enkelte pasient (Rokstad & Røsvik, 2018).

Ved å implementere personsentrert omsorg og en arbeidsmetodikk som tar utgangspunkt i den enkelte pasient sitt perspektiv så kan noen atferdssymptomer reduseres. Særlig atferd som agitasjon og depresjon ser ut til å ha en positiv effekt av at sykepleiere blir mer observante på endringer og ser muligheter for å kunne gi tilrettelagt omsorg (Rokstad et al., 2013).

Men selv med et personale som har den nødvendige kunnskapen og kompetansen på demens og APSD så vil det ikke være mulig å unngå en del av den utfordrende atferden. Derfor blir det nødvendig å forsøke å forstå årsaken til atferden, og deretter sette inn tiltak som kan redusere symptomene best mulig (Eskeland, 2017). Når personalet har en grunnleggende god forståelse av både sykdomsbildet og den enkelte pasient vil det være enklere å tilrettelegge for god omsorg som kan forebygge APSD. I tillegg er det viktig med en felles grunnholdning i personalgruppen rundt pasienten, slik at man jobber etter de samme målsetningene for hver enkelt pasient. Dette kan gjøre hverdagen for pasienten og personalet mer oversiktlig og mer forutsigbart, og dermed også oppleves tryggere for begge parter. Studier viser at ved å implementere arbeidsmetoder som er rettet mot å møte den enkelte pasient sine behov vil kunne gi reduksjon av APSD hos pasienter med demens (Cohen-Mansfield, Libin, Marx, & Sciences, 2007), noe som understøtter behovet for å satse mer på opplæring og fokus på en personsentrert tilnærming i møtet med denne pasientgruppen.

Man kan si at jobben som sykepleier for personer med demens nesten krever at man er supermann eller superkvinne (Henningstad & Hustadnes, 2013). Det hevdes at man må inneha en mengde med egenskaper som for eksempel tålmodighet, empati, velutviklet etisk sans, nysgjerrig, kreativ, være i god form, motiverende og selvfølgelig faglig kompetent (Henningstad & Hustadnes, 2013). Det kan dermed virke som en uoverkommelig oppgave, da de fleste sykepleiere er helt vanlige mennesker som ikke kan krysse av for å inneha alle disse egenskapene til enhver tid.

Ledere og organisasjonen har her et særskilt ansvar, både juridisk og moralsk, for å oppmuntre og tilrettelegge for en eventuell omlegging av eksisterende rutiner når man implementerer personsentrert omsorg som arbeidsmetode. Det er også vesentlig at

målsetningen ikke kun fokuserer på å redusere APSD men også å redusere sykepleierens belastning og gi dem den nødvendige støtten de trenger for å håndtere utfordringene som oppstår i møtet med pasienten (Jeon et al., 2012). Det vil være viktig at ledere deltar som aktive og synlige rollemodeller i arbeidet, og at de oppmuntrer sykepleierne til å ta valg som vil gagne pasienten (Rokstad, Vatne, Engedal, & Selbæk, 2015).

Dette forutsetter at lederen har god kunnskap om sykepleiernes egen kompetanse og motivasjon, samt at lederen har tillit til sykepleieren og tilrettelegger for at det kan gjøres autonome valg. Sykepleiere som opplever at de får støtte og oppmuntring i en slik prosess vil ha en positiv effekt på kvaliteten på omsorgen som utøves (Rokstad et al., 2015). Noen forutsetninger som bør ligge til grunn er en tydelig og forankret visjon for arbeidet, personalet må få den nødvendige myndighet til å utføre arbeidet til det beste for pasienten, arbeidet bør inkludere alle i avdelingen og det fysiske miljøet må være tilrettelagt for pasientgruppen (Rokstad & Røsvik, 2018). Det er med andre ord ingen enkel og rask måte å iverksette personsentret omsorg som arbeidsmetode.

### 3.2 Pasientatferd og belastning for sykepleiere

Studier viser at atferds symptomer som apati, hallusinasjoner og irritabilitet rapporteres som mest alvorlige symptomer, men apati og hallusinasjoner korrelerer gjerne ikke med opplevelse av høy belastning hos omsorgsgiver. Det gjør derimot irritabilitet (Hiyoshi-Taniguchi, Becker, & Kinoshita, 2018). Aggresjon/agitasjon, apati og irritabilitet er symptomer som forekommer ofte, og særlig aggresjon/agitasjon og irritabilitet rapporteres som meget belastende for sykepleierne, mens apati og hallusinasjoner ser ut til å utløse lite eller ingen belastning (Mulders et al., 2018). Resultatene fra vår studie indikerer at vrangforestillinger og agitasjon/aggresjon hos pasientene gir høyere totalbelastning blant sykepleierne, mens oppstemthet/eufori er det symptomet som gir lavest belastningskår. Kan forklaringen på dette være at symptomer som apati eller oppstemthet/eufori blir misforstått eller oversett av sykepleiere? Apati er passiv atferd som ikke krever sykepleierens tilstedeværelse eller uroer andre pasienter nevneverdig, mens oppstemthet/eufori kan tolkes mer i positiv retning (som glede, ikke som et ledd i demenssykdommen) uten behov for tiltak som vil skape merarbeid for sykepleieren i deres arbeidshverdag. Irritabilitet og aggresjon derimot er mer fysisk synlig atferd, og påvirker både andre pasienter, miljøet og pleiere i større grad. Det kan også se ut til at sykepleiernes opplevelse av belastning øker i takt med at hyppigheten og/eller intensiteten av atferden øker (Mulders et al., 2018). Aggresjon/agitasjon

eller irritabilitet som forekommer ofte eller svært ofte og med en alvorlig eller svært alvorlig intensitet vil kunne bidra til økt belastning for sykepleierne, og over tid kan dette kanskje gi negative ringvirkninger for den enkelte pleier og opplevelse av eget arbeid (Evers, Tomic, & Brouwers, 2001).

Uavhengig av årsakene bidrar aggressiv atferd, enten verbalt eller fysisk mot helsepersonell, til et negativt arbeidsmiljø, og slike miljøer vil trolig påvirke den omsorgen beboerne mottar. En sint sykepleier kan være mer utsatt for å bli angrepet, eller en angrepet sykepleier kan være mer tilbøyelig til å ha negative følelser mot en beboer, for eksempel sinne (Gates, Fitzwater, & Succop, 2003). Dette kan også henge sammen med forforståelsen og kompetansen til den enkelte sykepleier. Dersom en sykepleier ser på den aggressive atferden som en tilsiktet handling fra beboeren med demens kan det føre til en negativ holdning mot pasienten og påvirker dermed relasjonen mellom sykepleier og pasient.

Det hevdes allikevel i en oversiktsartikkel at det foreløpig ikke er grunnlag for å hevde at helsepersonell som arbeider på sykehjem har en høy forekomst av psykologisk stress eller symptomer på dette (Pitfield, Shahriyarmolki, & Livingston, 2011). Dette står i kontrast til Gates et al. (2003) som hevder at både arbeidstaker, arbeidsgiver og pasienter påvirkes av vold og utagering på arbeidsplassen. De peker på at finansielle kostnader for medisinsk og psykologisk behandling, økt fravær, skader på eiendom, redusert produktivitet og hyppig personalbytte på grunn av utbrenthet er effekter som kan komme i kjølvannet av forskjellige typer voldsom atferd mot personell.

Både Pitfield et al. (2011) og Kada, Nygaard, Mukesh, and Geitung (2009) trekker frem at helsepersonell som jobber på sykehjem rapporterer høy grad av positive holdninger til personer med demens, og at det rapporteres om generelt høyere moral blant disse pleierne enn hos andre yrkesgrupper. Moral er basert på hva mennesker opplever som rett og galt basert på egne opplevelser og følelser, og sett ut i fra et sykepleie perspektiv kan man si at moralsk verdi handler om det å bry seg om og verdsette pasientens ve og vel (Nortvedt, 2012). Moralsk stress er et begrep som har blitt løftet frem som et fremtredende symptom hos sykepleiere, og gjerne da i arbeid med eldre og demenssyke. I en studie gjort av Pijl-Zieber et al. (2018) vises det til at så mange som 75,9% av sykepleierne rapporterte om å ha vært i situasjoner som bidro til at de opplevde moderat moralsk stress i alle fall ukentlig det siste året. Denne studien viste også at nær halvparten av sykepleierne opplevde i stor grad eller meget stor grad av moralsk stress rundt det å yte pleie og omsorg for aggressive pasienter med



demens, og at flertallet av sykepleierne opplevde seg emosjonelt slitne og redde for å bli skadet av pasientene (Pijl-Zieber et al., 2018).

I den tilhørende artikkelen til denne tematiske fordypningen ble det presentert at agitasjon/aggresjon forekom i 66,9% av pasientene, og at agitasjon/aggresjon og vrangforestillinger var de atferdssymptomene som bidro i størst grad til økt belastningskår for sykepleierne. Dette er atferd som kan oppleves både truende og vanskelig å håndtere, særlig dersom man tilsynelatende ikke kjenner årsakssammenhengen. Vrangforestillinger hos pasienter med demens kan oppstå som et resultat av stressfaktorer i miljøet de oppholder seg i, og ofte kan det være nødvendig med tett kontakt med en helsearbeider for at pasienten skal bli beroliget (Cipriani et al., 2014). Et annet aspekt rundt dette kan også være at helse- og omsorgsyrket oppleves som for dårlig bemannet for oppgavene som skal utføres, og at dette kan bidra til økt moralsk stress for sykepleierne (Pijl-Zieber et al., 2018). I en oversiktsartikkel av Grønkjær (2013) hevdes det at underbemanning, effektivitetskrav og tidsmangel er medvirkende faktorer til at sykepleiere ofte prioriterer vekk pasientens emosjonelle behov til fordel for de absolutt nødvendige fysiske behovene. Det påpekes også at sykepleiere gjerne vil gjøre det beste for pasientene, men at de opplever stress og skyldfølelse når tiden ikke strekker til for å gi den beste omsorgen (Grønkjær, 2013). I omsorgsyrket er det tradisjon for at helsepersonell skal imøtekomme pasientens behov, og sykepleiere kan komme til å nedvurdere seg selv dersom de ikke skulle takle en vanskelig situasjon som oppstår i møtet med den demenssyke. Slike tanker kan oppleves som personlige nederlag og kan bidra til å øke sykepleierens opplevelse av oppgitthet eller frustrasjon (Rokstad, 2005), og dermed bidra til en negativ spiral både på det profesjonelle og det personlige plan.

Ved å implementere intervensjoner, både på system- og individnivå, for å håndtere APSD hos personer med demens vil man kunne øke livskvaliteten for den enkelte pasient men også redusere belastningen på sykepleierne (Song & Oh, 2015). I tillegg vil ikke-farmakologiske tiltak rettet mot den enkelte pasient sine utfordringer, ønsker, behov og muligheter potensielt bidra positivt med tanke på å redusere utfordrende atferd (Cohen-Mansfield et al., 2007). Det vil også være viktig å gjøre kartlegginger av hvilket symptom man ønsker å iverksette intervensjoner mot, sette realistiske resultatmål og evaluere symptomet jevnlig for å vurdere effekten intervensjonen har hatt (Selbæk, 2005).

En studie av Edvardsson et al. (2008) fant at personer med demens i avdelinger der sykepleiere rapporterte lavere arbeidsbelastning, var det betydelig mindre utbredelse av verbalt forstyrrende atferd i forhold til avdelinger der ansatte opplevde høyere arbeidsbelastning. Beboere i avdelinger som er preget av pleiepersonale som har et mer positivt omsorgsfullt klima, viste betydelig mindre forekomst av utferdstrang, vandrende og regressiv atferd sammenlignet med beboere i avdelinger som har et mer negativt omsorgsklima (Edvardsson et al., 2008).

Studier viser at sykepleiere med spesialutdannelse innen geriatri, psykiatri eller demensomsorg har høyere grad av positive holdninger til pasienter med demens enn andre sykepleiere uten videreutdanning. Det hevdes at teoretisk kunnskap utover grunnutdanningen som fokuserer på pasienten som person, etiologi, symptomrelaterte funksjoner og personsentrert omsorg kan være en av årsakene (Kada et al., 2009), mens andre studier hevder at helsepersonell mangler den nødvendige kompetansen og erfaringen i det å håndtere utfordrende atferd (Moniz-Cook, Woods, Gardiner, & Health, 2000).

I møte med det enkelte mennesket med demens er sykepleieren helt og holdent selv ansvarlig for, og alene om de valgene som tas og hvilken tilstedeværelse med pasienten man utviser (Rokstad, 2006). Samtidig er det nødvendig å ta på alvor sykepleierens opplevelse av utfordrende atferd, og anerkjenne den belastningen som det kan utgjøre i deres arbeidshverdag. Sykepleiere må daglig forholde seg til både motorisk uro, fysisk utagering og psykiske påkjenninger som over tid vil sette preg på både personalet og miljøet, og det er viktig at dette blir snakket om (Rokstad, 2005).

Det hevdes ofte at sykepleiere har en høy moralsk standard, og at dette er en forutsetning for å utøve god sykepleie. Som sykepleiere skal vi se det som vår oppgave å ta godt vare på pasienten, og være motivert til å yte god omsorg og vi skal handle på en respektfull og omsorgsfull måte. I tillegg må sykepleiere kunne identifisere et eventuelt moralsk problem som vi møter slik at vi kan reflektere over ulike alternativer til handling og tiltak som vil være til det beste for pasienten (Nortvedt, 2012). Hvordan sammenfaller dette da med sykepleieres opplevelse av eget arbeid når pasienten utviser atferd som oppleves utfordrende eller til og med truende? Er det mulig at sykepleiere av og til må gå på kompromiss med seg selv og sine moralske verdier, og hvordan vil det da komme til uttrykk? Kan APSD svekke sykepleierens motivasjon til å yte omsorgsfull hjelp og handle respektfullt overfor pasienter med demens?

Sykepleiere som over tid opplever at pasienter slår, er aggressive eller verbalt og fysisk utagerende rapporterer om et enormt stressnivå i sitt arbeid (Kristiansen et al., 2006). Det hevdes også at det har en innvirkning på eget privatliv og at sykepleierne kan begynne å tvile på seg selv i jobben sin. I tillegg ser man at sykepleiere ofte blir nødt til å prioritere pasientene med utfordrende atferd og imøtekomme deres behov fremfor å vie mer av sin tid til roligere og mindre krevende pasienter som da ikke får den samme oppmerksomheten (Kristiansen et al., 2006). Det at noen pasienter «tar» mer av sykepleierens oppmerksomhet kan oppleves som urettferdig overfor andre, mer rolige pasienter som da ikke får den omsorgen og pleien som de kanskje kunne hatt behov for.

I verste fall kan en høy fysisk og psykisk belastning over tid føre til en redusert moralsk følsomhet overfor pasientene eller at sykepleieren blir syk eller velger å slutte i sin jobb (Grønkjær, 2013; Kristiansen et al., 2006).

Hva er det da som gjør at sykepleiere allikevel holder ut i sin jobb når belastningen oppleves som så stor? Det som trekkes frem som motivasjonsfaktorer til å bli værende i arbeidet sitt er en opplevelse av solidaritet og godt samarbeid med sine kollegaer, samt det å få støtte, tillit og bekreftelse (Kristiansen et al., 2006). Ved å tilrettelegge for at sykepleierne har det bra på jobb så vil det også kunne gi positive ringvirkninger for pasientene, og muligens også ha en reduserende effekt på APSD (Edvardsson et al., 2008).

### 3.4 Kartlegging av atferd og tolkning av belastning

Kartlegging og tolkning av atferd hos pasienter med demens byr på flere utfordringer. For det første gjøres slike kartlegginger ofte av andre mennesker enn de man faktisk ønsker å få informasjon om, og informasjonen kalles da proxy informasjon (Bruvik, Mjørud, & Engedal, 2012). Det vil si at informasjonen ikke kommer direkte fra pasienten selv, men at for eksempel en sykepleier gjør vurderinger og tolkninger av atferden som er observert den siste tiden. Forskjellige sykepleiere vil ha forskjellige oppfatninger av en type atferd som utvises av pasienten. Dette kan henge sammen med sykepleierens egen toleransegrense, kunnskapsnivå, erfaring og kjennskap til den enkelte pasient. Dette kan da gi grunnlag for misforståelser og feiltolkninger, og det vil igjen ha konsekvenser for valg av tiltak som iverksettes og for eventuelle effekter av disse tiltakene.

På grunn av personen med demens sin kognitive svikt og deres begrensninger i å formidle egne opplevelser eller å forstå spørsmålsstillinger (Bruvik et al., 2012), vil det naturlig nok være utfordrende eller til og med uhensiktsmessig å innhente denne type informasjon fra

pasienten selv. Allikevel er det verdt å merke seg at pasienter med demens sine udekte behov påvirker og utløser APSD, så det vil være av nødvendighet å undersøke og ta pasientens perspektiv når man kartlegger atferden (Bakker et al., 2014).

Det finnes flere forskjellige skjemaer og skalaer for å kartlegge atferd, og de fleste skjemaene vil være gode å benytte for å få en systematisk innsamling av data om hvilke atferdssymptomer som forekommer og for å se effekter av tiltak og endringer. Men ingen av disse skjemaene vil kunne brukes for å avdekke årsaken til atferden (Kirkevold, 2018).

I masteroppgavens artikkel er det benyttet NPI-NH, et internasjonalt og anerkjent verktøy for kartlegging av atferd hos personer med demens på sykehjem (Jeon et al., 2011; Melander, Sävenstedt, Olsson, & Wälivaara, 2018). Dette verktøyet kan bidra til et øyeblikksbilde, men det sier heller ingenting om verken foranliggende situasjoner, utløsende faktorer eller annen informasjon om pasienten og deres interaksjoner før, under eller etter øyeblikksbildet (Lai, 2014). Ei heller om samspillet med helsearbeideren og hvordan den enkelte ansatte opptrer sammen med pasienten. I tillegg baserer dataene fra NPI-NH seg på informant/sykepleieren sin skåring av atferd som kanskje ligger noe tilbake i tid, og dette kan påvirke hvordan sykepleieren skårer. Allikevel vil disse dataene være nyttige, særlig dersom de blir supplert med annen type kartlegging. Det vil være nødvendig å finne den bakenforliggende årsaken til atferden og gjøre en god beskrivelse av hvordan atferden arter seg, hyppighet og frekvens, for deretter å evaluere de tiltakene man eventuelt velger å iverksette (Kirkevold, 2018). Dette forutsetter at man benytter flere skjemaer eller verktøy som kan gi bedre beskrivelser og oversikt over situasjoner der atferden oppstår.

Kartlegging av atferd hos pasienter med demens på sykehjem bør som regel gjøres gjennom en systematisk tilnærming av flere profesjoner, der en person har hovedansvaret for å gjennomføre kartleggingen med hjelp av sine kollegaer (Kjelberg, 2002). Det å få belyst situasjoner og atferd fra flere perspektiver vil kunne bidra til både en bredere og mer korrekt forståelse av hva som skjer og hvordan det bør håndteres. I en sykehjemsavdeling med ulike medarbeidere vil det naturlig nok være forskjellige perspektiver på, og opplevelser av de samme situasjonene, og det bør være et mål at alle ansatte har den samme grunnforståelsen som man skal jobbe ut i fra, til det beste for pasienten.

En måte å få frem mer informasjon på er å benytte en åpen kartlegging som inneholder dato/klokkeslett for registrering, hvor lenge atferden varte, en detaljert beskrivelse av hva som

hendte før, under og etter situasjonen samt beskrivelse av hvilke tiltak som ble gjennomført og til slutt en rubrikk for hvordan personalet tolker atferden (Kirkevold, 2018).

Når man benytter NPI-NH som et rammeverk kan det også være gunstig å legge til rette for deltagelse av flere medarbeidere i kartleggingen. En nylig gjennomført studie i Sverige av Melander et al. (2018) viser at bruk av NPI-NH i en gruppe syntes å oppmuntre til faglige diskusjoner og refleksjoner rundt atferden, og at medarbeiderne i fellesskap kunne komme med informasjon, tanker og meninger, og dermed komme frem til en felles forståelse av den aktuelle atferden. NPI-NH er et proxy skjema, og det bør presiseres at den eller de som fyller ut skjemaet bør ha hatt størst mulig interaksjon med pasienten, samt at det skal gjøres vurderinger på atferden som er den normale eller vanlige – ikke den ekstreme eller sjeldne atferden (Jeon et al., 2011).

For å forstå og tolke APSD som forekommer hos den enkelte pasient så er det viktig å gjenkjenne og beskrive atferdssymptomene korrekt, og kunne skille de forskjellige symptomene fra hverandre. Dette kan være utfordrende både på grunn av overlappende symptomer, men også på grunn av pasientenes manglende evner til å uttrykke seg (Melander et al., 2018). Gjennomføring av systematisk observasjon og dokumentasjon er en nødvendig del av det å forstå APSD og å analysere atferden (Kjelberg, 2002). Det forutsetter at helsepersonell vet hva de skal se etter, og hvordan atferden kommer til uttrykk hos den enkelte pasient. Dette kan by på utfordringer da ansatte selv er forskjellige individer, og kanskje har ulike oppfatninger av både pasienten, atferden og også forskjellige utdannelser og bakgrunner. Et annet aspekt er hvordan helsepersonell formidler sine observasjoner og hvilke holdninger den enkelte ansatte har med seg i møte med pasienter med demens og deres forståelse av atferd og eventuelle udekte behov. I studien til Bakker et al. (2014) vises det til at pasienter med tidlige stadier av demens og helsepersonell har lignende oppfatninger av hvilke områder som pasientene opplever udekte behov, særlig når det gjelder aktiviteter, relasjoner, hukommelse og mobilitet. De hevder videre at pasientene, i motsetning til helsearbeiderne, identifiserte færre udekte behov over tid (Bakker et al., 2014).

Når det gjelder tolkning av sykepleiernes belastningsskår kan man tenke at det er en subjektiv rapportering av egen opplevd belastning i forbindelse med en type atferdssymptom. Allikevel er det viktig å se på resultatet fra masteroppgavens artikkel som et beskrivende bilde av det som mange sykepleiere opplever. Resultatene viser at det er en høy forekomst av aggresjon/agitasjon, irritabilitet/labilitet og avvikende motorisk atferd og at disse symptomene

forekommer svært hyppig. I tillegg er disse atferdssymptomene rapportert som mild, moderat eller alvorlig i størst grad, samlet sett. Dette kan vitne om krevende arbeidsdager, og tidligere studier har pekt på at denne type belastning kan føre til negativt samspill med pasienter (Grønkjær, 2013).

Flere studier peker på et sammensatt belastningsbilde for sykepleiere i demensomsorgen som det vil være nødvendig å adressere i fremtiden. I følge Kristiansen et al. (2006) rapporterer helsepersonell som arbeider med personer med demens om at de føler seg emosjonelt slitne og ikke orker å gi pasienten den nødvendige pleien, at de går med en konstant dårlig samvittighet og føler seg usikre i jobben sin. I tillegg finnes det få muligheter til å ha refleksjoner på jobb rundt det som oppleves som emosjonelt vanskelig (Brodaty, Draper, & Low, 2003), og at avdelinger der arbeidsmiljøet og omsorgsklimaet er preget av negativitet har en høyere forekomst av utfordrende atferdssymptomer hos pasientene (Edvardsson et al., 2008).

Flertallet av pleiere på sykehjem har ikke en spesialisert utdanning innenfor demensomsorg og terapeutiske fremgangsmetoder for å møte utagerende atferd, og det kan gjøre pleiere utsatte for skader i møter med utagerende pasienter (Jeon et al., 2012). Utdanningsnivå og kunnskap er nok heller ikke den eneste faktoren å peke på når det gjelder håndtering av APSD. Pleiekulturen og holdninger til pasientene i avdelingen spiller en vel så stor rolle (Skovdahl, Kihlgren, & Kihlgren, 2003), i tillegg til en opplevelse av at man som sykepleier ikke har ressurser eller muligheter til å gjøre alt det man ønsker for pasientene (Edberg et al., 2008) og dermed opplever et moralsk stress (Burston & Tuckett, 2013), og med en bemanningssituasjon som oppleves som for lav i forhold til oppgavene som skal utføres (Rognstad & Nåden, 2011).

Alle disse faktorene kan tyde på at de forskjellige atferdssymptomene som pasientene utviser er en liten, men ikke ubetydelig, brikke i et større puslespill som handler om å forstå sykepleiernes opplevde belastning.

## 4.0 Metodekritikk

### 4.1 Styrker og svakheter ved studien

Denne studien har flere styrker og svakheter som bør adresseres.

For det første, er studien gjennomført på 17 randomiserte sykehjem med data på til sammen 118 pasienter på disse sykehjemmene, noe som gjør at resultatene kan være overførbare til andre sykehjem med tilsvarende pasientgrupper fordi randomisert utvelgelse fra populasjonen skal gi et representativt utvalg og dermed muliggjør generalisering til populasjonen (Christoffersen, Johannessen, Tufte, & Utne, 2015). Kartleggingsskjemaet NPI-NH er et validert og anerkjent verktøy som er brukt i mange studier, både nasjonalt og internasjonalt. En annen styrke er at sykepleierne som ble intervjuet om pasientatferden hadde god kjennskap til pasientene, og de fikk alle den samme innføringen og veiledningen under intervjuet av den samme personen slik at fremgangsmåten var lik. Dermed kunne eventuelle avklaringer gjøres dersom det oppstod spørsmål om skjemaet i løpet av kartleggingen.

Studien har kun data fra et gitt måletidspunkt, og er en tverrsnittundersøkelse. Dette betyr at man ikke kan si noe om årsakssammenhenger, eller hvordan atferds symptomene eventuelt utvikler seg over tid hos pasientgruppen (Christoffersen et al., 2015). Dette er riktignok ikke hensikten med studien, men longitudinelle data sammen med andre data vil kunne gi en bedre forståelse av APSD. Det er for eksempel bred enighet om at APSD er sammensatt av faktorer som inkluderer den nevrologiske skaden, medikamentbruk samt det fysiske og sosiale miljøet rundt pasienten (Gitlin, Marx, Stanley, Hansen, & Van Haitsma, 2014), og disse bør da kartlegges over tid sammen med APSD. I denne studien foreligger det heller ikke et eksakt tall på hvor mange sykepleiere som deltok i kartleggingen, ei heller bakgrunnsinformasjon om deres alder, kjønn og utdanningsnivå (Rostad et al., 2018). Dette gjør at vi ikke kjenner de demografiske variablene til de som har gjort vurderingene, og det kan ha betydning for resultatene.

Kartleggingsskjemaet NPI-NH er gjennomført som et intervju der sykepleierne har rapportert på observert atferd hos pasientene, og i hvilken grad de ulike symptomene vurderes som belastende. Dette betyr at atferden er tolket av den enkelte sykepleier, basert på egne opplevelser, holdninger og erfaringer med pasientene. I tillegg kan det tenkes at skåringen på alvorlighetsgraden på enkelte symptomer kan påvirkes av sykepleierens kompetansenivå om atferd og demens og i hvilken grad de selv er tilfredse med sin jobb (Gitlin et al., 2014).

Resultatet kan da være at de forskjellige sykepleierne har tolket både atferden og belastningen ulikt, og det er med på å gi en usikkerhet knyttet til dataene med tanke på validitet og reliabilitet. Kartleggingen av atferden til en person med demens vil ofte medføre en viss usikkerhet da den som blir kartlagt sjelden har anledning til å bekrefte eller avkrefte det som blir tolket.



## 5.0 Oppsummering

Denne delen av masteroppgaven er en fordypning, og hensikten har vært å presentere utfyllende teori til temaet i artikkelen. Atferd som en form for kommunikasjon og utfordringer knyttet til vurdering og tolkning av atferd er diskutert og sett i lys av resultatene fra studien. Det å rekruttere og beholde sykepleiere til arbeid på sykehjem har i lang tid vært utfordrende, og utsiktene er ikke positive fremover med tanke på en økende sykepleiermangel generelt. En av årsakene som har blitt løftet frem er nettopp belastningen som mange sykepleiere opplever i hverdagen når det kommer til atferdsmessige- og psykiatriske symptomer (APSD) hos personer med demens, og hvordan dette kan gi negative påvirkninger både når det gjelder arbeidsmiljø, opplevelse av egen yrkesutøvelse og ikke minst i omsorgen som skal utøves til pasientene. Et personsentrert fokus handler om enkeltpasientene og å imøtekomme deres opplevelser og behov, men i dette begrepet ligger også en erkjennelse av viktigheten av å legge til rette for de som gir omsorg og pleie til pasientene.

Sykepleiere er en stor del av det daglige miljøet rundt personer med demens på sykehjem, og vil kunne ha en påvirkning på pasientenes atferdssymptomer på godt og vondt. Sykepleierens egne erfaringer og kunnskap knyttet til pasienter med demens og atferd vil påvirke hvordan APSD oppfattes og behandles, og det er et lederansvar å tilrettelegge for at sykepleierne får mulighet til å jobbe med en personsentrert tilnærming til pasienter med demens. Resultatene presentert i artikkelen viser at agitasjon/aggresjon, irritabilitet/labilitet og avvikende motorisk atferd forekommer hos flest pasienter, og er svært hyppig hos pasienter med demens på sykehjem. Resultatene fra studien tyder på at det er akkurat denne type atferd - den synlige og ressurskrevende atferden, som agitasjon/aggresjon, vrangforestillinger og avvikende motorisk atferd - som øker den totale belastningen for sykepleierne. Passiv atferd som apati/likegyldighet hos pasientene ser derimot ikke ut til å bidra til økt belastning for sykepleierne.

Belastningen som sykepleiere rapporterer om er komplekst og sammensatt av flere faktorer, og det er ikke entydig at all belastningen kommer av pasientenes atferd alene. Dersom man erkjenner at atferden som pasienter med demens utviser er et uttrykk for deres udekte behov, og at det ikke er tilstrekkelig med kunnskap eller ressurser til å håndtere behovene så kan det også bidra til en økt belastning både for pasienten og for sykepleieren.

Ved å implementere rutiner for kartlegging av atferdsmessige- og psykiatriske symptomer ved hjelp av flere typer kartlegginger, og øke kompetansen om APSD i personalgruppen vil man kunne bidra til at observasjoner og tolkninger av de ulike atferdssymptomene kan gjøre ut i fra pasientens perspektiv og dermed redusere mulighetene for å mistolke atferden. Dette vil også gi et mer helhetlig og nyansert bilde på årsakssammenhenger og dermed bidra til å kunne iverksette tiltak som vil gi en mer optimal omsorg for pasienten og redusere sykepleierens belastning i arbeidshverdagen.

## 6.0 Litteraturliste

- Bakker, C., de Vugt, M. E., van Vliet, D., Verhey, F. R., Pijnenburg, Y. A., Vernooij-Dassen, M. J., & Koopmans, R. T. J. I. P. (2014). The relationship between unmet care needs in young-onset dementia and the course of neuropsychiatric symptoms: a two-year follow-up study. *26*(12), 1991-2000.
- Berentsen, V. D. (2008). *Demensboka: lærebok for pleie-og omsorgspersonell: Aldring og helse*.
- Bergh, S., & Selbæk, G. (2012). The prevalence and the course of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia. *Norsk Epidemiologi*, *22*(2).
- Brodsky, H., Draper, B., & Low, L. F. (2003). Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work. *Journal of advanced nursing*, *44*(6), 583-590.
- Brooker, D. J. R. i. c. g. (2003). What is person-centred care in dementia? , *13*(3), 215-222.
- Bruvik, F., Mjørud, M., & Engedal, K. J. G. s. (2012). Utfordringer ved vurdering av livskvalitet hos personer med demens. 2.
- Burston, A. S., & Tuckett, A. G. J. N. e. (2013). Moral distress in nursing: contributing factors, outcomes and interventions. *20*(3), 312-324.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). Forskningsmetode for sykepleierutdanningene. *Oslo: Abstrakt forlag*.
- Cipriani, G., Danti, S., Vedovello, M., Nuti, A., Lucetti, C. J. G., & international, g. (2014). Understanding delusion in dementia: a review. *14*(1), 32-39.
- Cohen-Mansfield, J., Libin, A., Marx, M. S. J. T. J. o. G. S. A. B. S., & Sciences, M. (2007). Nonpharmacological treatment of agitation: a controlled trial of systematic individualized intervention. *62*(8), 908-916.
- Edberg, A.-K., Bird, M., Richards, D. A., Woods, R., Keeley, P., & Davis-Quarrell, V. (2008). Strain in nursing care of people with dementia: nurses' experience in Australia, Sweden and United Kingdom. *Aging and Mental Health*, *12*(2), 236-243.
- Edvardsson, D., Sandman, P.-O., Nay, R., & Karlsson, S. J. I. P. (2008). Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care. *20*(4), 764-776.
- Engedal, K. (2000). *Urunde hjul-Alderspsykiatri i praksis: Nasjonalt kompetansecenter for aldersdemens*.
- Engedal, K. (2008). *Alderspsykiatri i praksis : lærebok (2. rev. og oppdatert utg. ed.)*. Tønsberg: Forl. Aldring og helse Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.
- Engedal, K. (2016). *En bok om demens. Husk meg når jeg glemmer: Pax Forlag A/S*.
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2018). *Demens - sykdommer, diagnostikk og behandling: Forlaget aldring og helse - akademisk*.
- Eskeland, K. O. (2017). *Alderspsykiatri og omsorgsarbeid*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Evers, W., Tomic, W., & Brouwers, A. J. I. i. M. H. N. (2001). Effects of aggressive behavior and perceived self-efficacy on burnout among staff of homes for the elderly. *22*(4), 439-454.
- Gates, D., Fitzwater, E., & Succop, P. J. I. i. M. H. N. (2003). Relationships of stressors, strain, and anger to caregiver assaults. *24*(8), 775-793.
- Gaugler, J. E., Yu, F., Krichbaum, K., & Wyman, J. F. (2009). Predictors of nursing home admission for persons with dementia. *47*(2), 191-198.

- Gitlin, L. N., Marx, K. A., Stanley, I. H., Hansen, B. R., & Van Haitsma, K. S. J. I. p. (2014). Assessing neuropsychiatric symptoms in people with dementia: a systematic review of measures. *26*(11), 1805-1848.
- Grønkjær, L. L. J. K. S. (2013). Nurses' experience of stress and burnout: a literature review. *27*(01), 15-26.
- Helsedirektoratet. (2017). Nasjonal faglig retningslinje om demens. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-faglig-retningslinje-om-demens>
- Henningstad, S., & Hustadnes, H. (2013). *Demens: den nye folkesykdommen*: Kagge.
- Hiyoshi-Taniguchi, K., Becker, C. B., & Kinoshita, A. J. C. g. (2018). What behavioral and psychological symptoms of dementia affect caregiver burnout? , *41*(3), 249-254.
- Jeon, Y.-H., Luscombe, G., Chenoweth, L., Stein-Parbury, J., Brodaty, H., King, M., & Haas, M. J. I. j. o. n. s. (2012). Staff outcomes from the caring for aged dementia care resident study (CADRES): a cluster randomised trial. *49*(5), 508-518.
- Jeon, Y.-H., Sansoni, J., Low, L.-F., Chenoweth, L., Zapart, S., Sansoni, E., & Marosszeky, N. J. T. A. J. o. G. P. (2011). Recommended measures for the assessment of behavioral disturbances associated with dementia. *19*(5), 403-415.
- Kada, S., Nygaard, H. A., Mukesh, B. N., & Geitung, J. T. J. J. o. C. N. (2009). Staff attitudes towards institutionalised dementia residents. *18*(16), 2383-2392.
- Kirkevold, Ø. (2018). Å forstå nevropsykiatriske symptomer. In P. K. Haugen (Ed.), *Demenssykdommer, diagnostikk og behandling* (pp. 260-276). Tønsberg: Forlaget aldring og helse.
- Kitwood, T. (1997). The experience of dementia. *Aging & Mental Health*, *1*(1), 13-22.
- Kjelberg, T. (2002). *Når atferd blir vanskelig: Utredning og tiltak ved vanskelig atferd hos aldersdemente*: Kommuneforl.
- Kristiansen, L., Hellzén, O., & Asplund, K. (2006). Swedish assistant nurses' experiences of job satisfaction when caring for persons suffering from dementia and behavioural disturbances. An interview study. *1*(4), 245-256.
- Lai, C. K. J. C. i. i. a. (2014). The merits and problems of Neuropsychiatric Inventory as an assessment tool in people with dementia and other neurological disorders. *9*, 1051.
- Leone, E., Deudon, A., Bauchet, M., Laye, M., Bordone, N., Lee, J. H., . . . Delva, F. J. I. j. o. g. p. (2013). Management of apathy in nursing homes using a teaching program for care staff: the STIM-EHPAD study. *28*(4), 383-392.
- Lyketsos, C. G., Steinberg, M., Tschanz, J. T., Norton, M. C., Steffens, D. C., & Breitner, J. C. (2000). Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on Memory in Aging. *American Journal of Psychiatry*, *157*(5), 708-714.
- Melander, C., Sävenstedt, S., Olsson, M., & Wälivaara, B.-M. J. I. p. (2018). Assessing BPSD with the support of the NPI-NH: a discourse analysis of clinical reasoning. *30*(4), 581-589.
- Moniz-Cook, E., Woods, R., Gardiner, E. J. A., & Health, M. (2000). Staff factors associated with perception of behaviour as 'challenging' in residential and nursing homes. *4*(1), 48-55.
- Mulders, A. J., Smallbrugge, M., Zwijsen, S. A., Appelhof, B., Zuidema, S. U., de Vugt, M. E., . . . Koopmans, R. T. J. J. o. t. A. M. D. A. (2018). Nursing staff distress associated with neuropsychiatric symptoms in young-onset dementia and late-onset dementia. *19*(7), 627-632.
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Retrieved from <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk*: Gyldendal akademisk.

- Orrell, M., Hancock, G. A., Liyanage, K. C. G., Woods, B., Challis, D., & Hoe, J. J. I. P. (2008). The needs of people with dementia in care homes: the perspectives of users, staff and family caregivers. *20*(5), 941-951.
- Pijl-Zieber, E. M., Awosoga, O., Spenceley, S., Hagen, B., Hall, B., & Lapins, J. J. D. (2018). Caring in the wake of the rising tide: Moral distress in residential nursing care of people living with dementia. *17*(3), 315-336.
- Pitfield, C., Shahriyarmolki, K., & Livingston, G. J. I. P. (2011). A systematic review of stress in staff caring for people with dementia living in 24-hour care settings. *23*(1), 4-9.
- Rognstad, M.-K., & Nåden, D. (2011). Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen—Pleieres perspektiv. *Nordisk sygeplejeforskning*, *1*(02), 143-155.
- Rokstad, A. M. M. (2005). *Kommunikasjon på kollisjonskurs: når atferd blir vanskelig å mestre*: Forl. aldring og helse.
- Rokstad, A. M. M. (2006). "Jeg vil ikke bli behandlet som en unge": etiske refleksjoner knyttet til behandling av personer med demens: Aldring og helse.
- Rokstad, A. M. M., & Røsvik, J. (2018). Personsentrert omsorg. In P. K. Haugen (Ed.), *Demens- sykdommer, diagnostikk og behandling* (pp. 300-314). Tønsberg: Forlaget aldring og helse- akademisk.
- Rokstad, A. M. M., Røsvik, J., Kirkevold, Ø., Selbæk, G., Benth, J. S., Engedal, K. J. D., & disorders, g. c. (2013). The effect of person-centred dementia care to prevent agitation and other neuropsychiatric symptoms and enhance quality of life in nursing home patients: a 10-month randomized controlled trial. *36*(5-6), 340-353.
- Rokstad, A. M. M., Vatne, S., Engedal, K., & Selbæk, G. J. J. o. n. m. (2015). The role of leadership in the implementation of person-centred care using Dementia Care Mapping: a study in three nursing homes. *23*(1), 15-26.
- Rostad, H. M., Utne, I., Grov, E. K., Småstuen, M. C., Puts, M., & Halvorsrud, L. J. I. j. o. n. s. (2018). The impact of a pain assessment intervention on pain score and analgesic use in older nursing home residents with severe dementia: A cluster randomised controlled trial. *84*, 52-60.
- Selbæk, G. (2005). MEDISIN OG VITENSKAP-Tema: Sykehjemsmedisin- Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, *125*(11), 1500-1502.
- Selbæk, G. (2018). Nevropsykiatriske symptomer ved demens. In K. Engedal & P. K. Haugen (Eds.), *Demens- sykdommer, diagnostikk og behandling*. Tønsberg: Aldring og helse.
- Skovdahl, K., Kihlgren, A. L., & Kihlgren, M. (2003). Different attitudes when handling aggressive behaviour in dementia--narratives from two caregiver groups. *Aging & Mental Health*, *7*(4), 277-286.
- Song, J.-A., & Oh, Y. J. A. o. P. N. (2015). The association between the burden on formal caregivers and behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in Korean elderly in nursing homes. *29*(5), 346-354.
- Testad, I., Aasland, A. M., & Aarsland, D. (2007). Prevalence and correlates of disruptive behavior in patients in Norwegian nursing homes. *International journal of geriatric psychiatry*, *22*(9), 916-921.
- Van Der Roest, H. G., Meiland, F. J., Maroccini, R., Comijs, H. C., Jonker, C., & Dröes, R.-M. J. I. P. (2007). Subjective needs of people with dementia: a review of the literature. *19*(3), 559-592.
- Zuidema, S. U., Derksen, E., Verhey, F. R., & Koopmans, R. T. (2007). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, *22*(7), 632-638.

## Artikkel: Den «vanskelige» atferden

Antall ord i manuskriptet: 4172

Antall ord i sammendraget: 176 (norsk), 186 (engelsk)

Antall tabeller: 5

Antall referanser: 33

Tidsskrift: Tidsskrift for omsorgsforskning

Forfattere: Lynn Sevik, sykepleier, Liv Halvorsrud, professor, Phd, cand.san, sykepleier, OsloMet – storbyuniversitetet, Hanne Marie Rostad, postdoktor, sykepleier, Senter for omsorgsforskning, øst, NTNU

Hva vet vi allerede om dette emnet?

- Atferdsmessige- og psykiatriske symptomer (APSD) er hyppig forekommende hos pasienter på sykehjem med demens.
- For både pasienter og sykepleiere på sykehjem er APSD en betydelig stressfaktor som ser ut til å ha en negativ innvirkning på pasientens livskvalitet og sykepleierens opplevelse av eget arbeid.
- 

Hva nytt tilfører denne studien?

- Agitasjon/aggresjon forekommer hos flest pasienter med demens på sykehjem og med størst grad av hyppighet totalt sett, mens den laveste forekomsten av APSD er oppstemthet/eufori. Symptomene med høyest andel av moderat eller alvorlig intensitet er agitasjon/aggresjon og apati/likegyldighet.
- Synlige og ressurskrevende symptomer blant pasientene som vrangforestillinger og agitasjon/aggresjon er de symptomene som gir størst totalbelastning for sykepleiere.
- Mer passive og mindre tidkrevende symptomer blant pasientene som oppstemthet/eufori og apati/likegyldighet gir lavest total belastning for sykepleierne.

## Sammendrag

Hensikten med studien er å presentere forekomsten, hyppighet og intensitet av atferdsmessige- og psykiatriske symptomer blant personer med demens på sykehjem, og hvilke av disse symptomene sykepleiere vurderer som mest belastende.

Studien er en kvantitativ beskrivende studie med et tverrsnitt design. Data ble samlet inn med kartleggingsverktøyet Nevropsykiatrisk evalueringsguide fra 118 pasienter ved 17 sykehjem i perioden mars 2015 til april 2016.

Resultatene viser at agitasjon/aggresjon (66,9%) forekommer hos flest pasienter, etterfulgt av irritabilitet/labilitet (64,4%) og avvikende motorisk atferd (58,5%). Symptomet med den laveste registrerte forekomsten var oppstemthet/eufori med 9,3%.

Av de 12 symptomene som ble vurdert var det avvikende motorisk atferd som hadde den høyeste andelen av svaralternativene «svært hyppig» og «alvorlig» intensitet.

Vrangforestillinger og agitasjon/aggresjon er de symptomene som gir høyest skår på totalbelastningen hos sykepleierne.

Kunnskap om forekomst, hyppighet og intensitet av atferdsmessige- og psykiatriske symptomer hos pasienter med demens på sykehjem, og hvilke av disse symptomene som sykepleierne vurderer som mest belastende er viktig for å kunne iverksette tiltak for å sikre optimal omsorg for pasientene og for å bedre sykepleiernes arbeidsforhold.

Nøkkelord: Atferd, belastning, demens, sykehjem, sykepleier, symptomer

## Abstract

The purpose of this study is to present the occurrence, frequency and intensity of behavioral and psychological symptoms among people with dementia in nursing homes, and what symptoms are considered by registered nurses as most disruptive.

The study is a quantitative descriptive study with a cross-sectional design. The data was collected with the Neuropsychiatric Inventory Nursing Home version from 118 patients at 17 nursing homes in the period March 2015 to April 2016.

The results show that agitation / aggression (66.9%) is the most occurrent symptom for the nursing home patients, followed by irritability / lability (64.4%) and aberrant motor behavior (58.5%). The symptom with the lowest recorded occurrence was elation / euphoria of 9.3%.

Aberrant motor behavior is the symptom that occurs most frequently (45.8%), and with highest severe intensity (16.9%). In term of occupational disruptiveness, delusions and agitation / aggression are the highest scoring behavioral and psychiatric symptoms.

Knowledge about occurrence, frequency and intensity of behavioral symptoms, and which of these symptoms registered nurses consider most disruptive, is important for implementing measures to ensure optimal patient care and to improve registered nurses work condition.

Keywords: Behavior, dementia, occupational disruptiveness, registered nurse, nursing home, symptoms



## Bakgrunn

Demens er en fellesbetegnelse på en rekke sykdomstilstander i hjernen som kjennetegnes ved ervervet kognitiv svikt, svikt av emosjonell kontroll og sviktende evne til å ivareta dagliglivets funksjoner. Det anslås at ca 70000 personer i Norge har demens, og at antallet vil fordobles innen år 2040 (Nasjonalforeningen, 2018). Andelen med demens øker med alderen, og kvinner utgjør flertallet av personer med sykdommen (Kjelvik, 2017).

Om lag 80% prosent av pasientene i sykehjem antas å ha demens (Gjøra, Eek, & Kirkevold, 2014), og de fleste vil i løpet av sykdomsforløpet utvikle atferdsmessige- og psykiatriske symptomer (APSD). I følge Selbæk (2018) finnes det flere betegnelser på disse symptomene, blant annet «nevropsykiatriske symptomer» (NPS), «utfordrende atferd» og «vanskelig atferd», der de to sistnevnte har fokusert på hvordan symptomene kan oppfattes av helsepersonell og pårørende. APSD vil kunne påvirke livskvaliteten til både den enkelte pasient og deres pårørende (Rostad et al., 2018), og vil gi sykepleiere krevende utfordringer i sin arbeidsdag (Schmidt, Dichter, Palm, & Hasselhorn, 2012). Hensikten med denne studien er å undersøke forekomsten, hyppigheten og intensiteten av APSD, og hvilke av disse symptomene sykepleiere vurderer å være mest belastende for deres arbeid.

APSD omfatter psykotiske og affektive symptomer, agitasjon samt søvnforstyrrelser og endret spise- og søvnadferd. De aller fleste personer med demens vil få ett eller flere APSD i løpet av sykdomsforløpet (Selbæk, 2018). Tidligere studier har vist at forekomsten av minst ett APSD forekommer i 56-98% av alle pasienter med demens (Testad, Aasland, & Aarsland, 2007; Zuidema, Derksen, Verhey, & Koopmans, 2007), og hos 62-84% av pasientene er det minst tre av disse symptomene tilstede (Bergh & Selbæk, 2012).

Vrangforestillinger, apati, depresjon og agitasjon/aggresjon samt avvikende motorisk atferd som for eksempel vandring, roping, slåing og generell uro er hyppig utbredt (Bergh, Holmen, Saltvedt, Tambs, & Selbæk, 2012; Cohen-Mansfield, Golander, Ben-Israel, & Garfinkel, 2011; Engedal, 2008; Lyketsos et al., 2000; Savva et al., 2009; Steffens, Maytan, Helms, & Plassman, 2005; Wood et al., 1999; Zuidema et al., 2007), mens oppstemthet/eufori har lavere forekomst hos personer med demens (Huang, Lee, Liao, Wang, & Lai, 2012). Det er indikasjoner på forskjeller mellom kjønnene når det gjelder hvilke atferdssymptomer som er hyppigere tilstede. Studien til Zuidema, de Jonghe, Verhey, and Koopmans (2009) viste blant annet at depresjon, angst og verbalt agitert adferd var hyppigst tilstede hos kvinner med demens mens apati eller fysisk aggressiv adferd hyppigst tilstede hos menn. I tillegg kan

pasientenes alder ha en påvirkning når det gjelder alvorlighetsgrad på de enkelte adferdssymptomene, og yngre pasienter synes å utvise mer alvorlig grad av både uro og apati (Helvik et al., 2016).

Sykepleiere som arbeider i demensomsorgen har en jobb som er givende, men også krevende. Med et stigende antall pasienter med demens og medfølgende APSD, er det grunn til å tro at belastningen på sykepleiere også er økende. Symptomer som rastløshet og uro, skriking/roping og aggressivitet medvirker til en ekstremt høy psykisk belastning for helsepersonell, mens oppstemthet/eufori virker mindre belastende (Mulders et al., 2018). Disse symptomene er krevende for både pasienten, medpasienter samt formelle og uformelle omsorgsgivere, og skaper utfordringer på institusjonene. APSD er assosiert med et høyt stressnivå, og blir ansett som en belastning av helsepersonell (Skovdahl, Fahlström, Horttana, Winblad, & Kihlgren, 2008).

APSD er en betydelig stressfaktor på arbeidsplassen og har en klar innvirkning på helsepersonellens opplevelse av helse og arbeidskapasitet, og er en risiko for utbrenthet (Rognstad & Nåden, 2011; Schmidt et al., 2012). Videre kan det også påvirke hvordan sykepleieren reagerer på og oppfatter pasienten, og at pasienter med APSD blir oppfattet mer i negativ retning enn i positiv (Brodaty, Draper, & Low, 2003; Franz, Zeh, Schablon, Kuhnert, & Nienhaus, 2010). Kulturen på arbeidsplassen kan også være en medvirkende faktor for holdninger til hvordan personer med APSD blir møtt (Edberg et al., 2008; Skovdahl, Kihlgren, & Kihlgren, 2003).

For å kunne iverksette effektive tiltak for å redusere belastningen til helsepersonell på sykehjem, er det viktig med kunnskap om hvilke APSD som er relatert til økt belastning for sykepleierne (Zwijssen et al., 2014). Innsikt i forekomsten, hyppigheten og intensiteten av individuelle APSD hos pasienter med demens vil også ha praktiske konsekvenser for tildeling av ressurser til demensomsorgen og understreker behovet for personsentrert omsorg (Zuidema et al., 2007).

Hensikten med studien er derfor å kartlegge 1) forekomst, hyppighet og intensitet av APSD som opptrer hos sykehjemspasienter med demens, og 2) hvilke av disse symptomene sykepleiere vurderer som mest belastende i sin arbeidshverdag.

For å besvare hensikten er det utarbeidet følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke adferds symptomer observeres/forekommer hyppigst/minst?

- Hvilke adferds symptomer observeres med høyest/lavest hyppighet?
- Hvilke adferds symptomer observeres med høyest/lavest intensitet?
- Hvilke adferds symptomer vurderes som mest belastende av sykepleieren?

## Metode

Denne studien er en kvantitativ studie med et tverrsnittdesign, og er en del av en klynge-randomisert kontrollert studie om smertekartlegging hos eldre sykehjems med langt kommen demens (Rostad et al., 2018), heretter kalt hovedstudien. Denne studien tar utgangspunkt i ett av kartleggingskjemaene som er benyttet ved baseline, Nevropsykiatrisk evalueringsguide (NPI-NH).

### Utvalg

Totalt 161 sykehjem på Østlandet ble randomisert, og antall inkluderte sykehjem ved baseline var 17. Sykepleiere ved sykehjemmene ble intervjuet ved hovedstudiens baseline i perioden mars 2015 til april 2016.

Et inklusjonskriterie i hovedstudien var at sykehjemmet ikke rutinemessig benyttet et kartleggingsverktøy for observering av smerte hos pasienter med alvorlig demens.

Avdelingsledere eller fagutviklingssykepleiere undersøkte selv hvilke av sykepleierne i egen avdeling som kunne tenke seg å delta i studien, og pasientene som ble kartlagt med NPI-NH ble rekruttert av sykepleierne på de enkelte avdelingene. De inkluderte sykepleierne måtte

- ha arbeidet på sykehjemmet i minimum seks måneder
- inneha en  $\geq 50\%$  stilling
- beherske norsk språk flytende både muntlig og skriftlig.

Totalt har det blitt innhentet data om 118 sykehjemspasienter som oppfyller følgende inklusjonskriterier:

- alder lik eller over 65 år
- demens diagnose
- alvorlige språklige svekkelser/ikke kommunikativ

## Datasamling

Nevropsykiatrisk evalueringsguide (NPI-NH)

NPI-NH er et standardisert kartleggingsskjema som ble utviklet med 10 atferdsmessige- og psykiatriske symptomer som forekommer hos personer med demens; vrangforestillinger, hallusinasjoner, depresjon, angst, agitasjon/aggresjon, oppstemthet, apati, irritabilitet, manglende hemninger og avvikende motorisk atferd (Cummings et al., 1994). Variablene søvn og appetitt/spiseforstyrrelser ble senere lagt til for en mer komplett vurdering av pasientens symptombilde (Cummings, 1997) og skjemaet består nå av 12 atferdsmessige og psykologiske symptomer (APSD). NPI-NH er sannsynligvis det kartleggingsskjemaet som benyttes mest i Norge, både i klinisk praksis og i forskning, og anses som pålitelig og gyldig (Rogne & Ulstein, 2012; Selbæk, Kirkevold, Sommer, & Engedal, 2008).

Kartleggingen med NPI-NH ble utført som et intervju der en stipendiat ba sykepleieren svare på spørsmål om tilstedeværelse av de 12 APSD ved hjelp av 5-8 screenings spørsmål. Dersom atferden var tilstede ble hyppigheten kartlagt med verdiene 1 (av og til), 2 (ofte), 3 (hyppig) eller 4 (svært hyppig), og intensiteten med verdiene 1 (mild), 2 (moderat) eller 3 (alvorlig). Verdiene for hyppighet og intensitet ble multiplisert (HxI) og ga da en total skår for hvert enkelt symptom på en skala fra 0 til 12, hvor høyere skår indikerer mer alvorlige symptomer. NPI-NH skår på 3 eller mer på hvert enkelt symptom er ansett som klinisk signifikant i tidligere studier (Bergh & Selbæk, 2012; Steinberg et al., 2004). Skårene for hvert enkelt symptom blir lagt sammen til en totalskår der maksimum er 144 (12x12).

Sykepleieren svarte også på i hvor stor grad hvert enkelt symptom ble vurdert som belastende, med: 0 (ikke i det hele tatt), 1 (minimalt), 2 (mild), 3 (moderat), 4 (alvorlig) eller 5 (svært alvorlig). Totalskåren for belastningen regnes ut ved å legge sammen skåren på hvert enkelt av de 12 atferds symptomene. Maksimum totalskår for belastning er 60 (5x12).

### Analyse

De innsamlede dataene er analysert ved hjelp av SPSS versjon 23 (IBM Corp. Utgitt 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Armonk, NY). Dataene presenteres som frekvens, prosent, gjennomsnitt og standardavvik (SD).

## Etikk

Samtykke til å delta i denne studien ble samlet inn i forbindelse med hovedstudien (Rostad et al., 2018). På grunn av den kognitive svekkelsen hos pasientene ble det innhentet skriftlig samtykke fra pårørende eller verge. Sykepleierne som ble intervjuet signerte også et samtykke til å delta. Studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (ref. 2014/1431, REK Sør-Øst).

## Resultater

### Utvalget

Det var en overvekt av kvinner i pasientgruppen (70,3%), og pasientene hadde en gjennomsnittsalder på 83,65 år (SD 7,1). Pasientene hadde bodd på institusjonen i gjennomsnitt 33,5 måneder (SD 28,4) da kartleggingen foregikk.

Omkring halvparten (49,2%) av pasientene bodde på en demens avdeling og 38,1% bodde på en ordinær somatisk avdeling. Kun 12,7% av pasientene bodde på en forsterket skjermet demens avdeling.

Tabell 1 viser også den totale NPI skåren for de observerte pasientene. Gjennomsnittsskåren på NPI-NH var på 30,1 (SD18,6)(tabell 1). Maksimum NPI skår som kunne registreres var 144 (12x12).

(Sett inn tabell 1 ca her)

### Forekomst APSD

Tabell 2 viser at agitasjon/aggresjon var det symptomet som forekom hos flest pasienter (66,9%), etterfulgt av irritabilitet/labilitet (64,4%) og avvikende motorisk atferd (58,5%). APSD med den laveste registrerte forekomsten var oppstemthet/eufori med kun 9,3% i utvalget, etterfulgt av appetitt/spiseforstyrrelser (19,5%).

(Sett inn tabell 2 ca her)

## Hyppighet og intensitet

Tabell 3 viser en oversikt over hvor hyppig de forskjellige atferds symptomene forekommer blant pasientene. Avvikende motorisk atferd ble observert i størst grad svært hyppig hos pasientene (45,8%), etterfulgt av apati/likegyldighet (30,5%) og agitasjon/aggresjon (29,7%). Totalt sett ble det rapportert at agitasjon/aggresjon (66,9%), irritabilitet/labilitet (64,4%) og avvikende motorisk atferd (58,5%) var de symptomene som forekom hyppigst hos pasientene.

(Sett inn tabell 3 ca her)

Tabell 4 presenterer intensiteten på atferds symptomene, fra mild til moderat og alvorlig. Symptomene med høyest andel av moderat eller alvorlig intensitet, samlet sett hos pasientene, var agitasjon/aggresjon (44,1%), apati/likegyldighet (41,5%) og avvikende motorisk atferd (38,1%).

(Sett inn tabell 4 ca her)

## Rapportert belastning for sykepleierne

I tabell 5 vises det en oversikt over sykepleiernes skåringer på rapportert totalbelastning. Gjennomsnittsskåren for totalbelastningen for sykepleierne er 11,8 (SD 11,3)(tabell 5). Totalskåren for belastningen kommer frem ved å legge sammen oppgitt verdi på hvert enkelt av de 12 atferds symptomene, maksimum skår vil kunne bli 60 (5x12). Atferdssymptomene som har høyest gjennomsnittsskår på totalbelastningen for sykepleierne er vrangforestillinger (2,9) og agitasjon/aggresjon (2,7), mens oppstemthet/eufori og apati/likegyldighet har laveste gjennomsnittsskår på totalbelastning med henholdsvis 0,3 og 1,1.

(Sett inn tabell 5 ca her)

## Diskusjon

Denne studien har undersøkt forekomsten, hyppigheten og intensiteten av APSD hos pasienter med demens på sykehjem, og hvilke av disse symptomene som vurderes som mest belastende for sykepleieren.

Resultatene viser at over halvparten av pasientene viste atferdsmessige- og psykiatriske symptomer som agitasjon/aggresjon (66,9%) og irritabilitet/labilitet (64,4%). Dette samsvarer med tidligere studier fra Norge, Nederland og USA, som alle trekker særlig frem agitasjon/aggresjon som et av de mest forekommende symptomene hos pasienter med demens (Bergh et al., 2012; Bergh & Selbæk, 2012; Lyketsos et al., 2000; Steffens et al., 2005; Zuidema et al., 2007).

Et annet funn i denne studien er at avvikende motorisk atferd forekom i stor grad hos pasientene i utvalget (58,5%). Det er vesentlig flere enn i studiene til Steffens et al. (2005) og Zuidema et al. (2007) der dette symptomet forekom i rundt 30% hos de pasientene de studerte. Dette kan skyldes forskjeller i utvalget, eller ulikheter i hvordan pleiere vurderer og tolker hva som er normal eller avvikende atferd hos de utvalgte pasientene. En annen forklaring kan være at pasientene i vårt utvalg har plager de ikke klarer å gi uttrykk for eller at de har plager som de ikke får hjelp til å løse. Tidligere studier har blant annet funnet at APSD henger sammen med smerte (Rostad et al., 2018).

Atferdssymptomene med den laveste registrerte forekomsten i vår studie er oppstemthet/eufori med kun 9,3% av pasientene, deretter appetitt/spiseforstyrrelser (19,5%) og hallusinasjoner (28%). Dette er i tråd med funnene til Zwijsen et al. (2014) fra 17 sykehjem i Nederland der det mest vanlige symptomet var agitasjon/aggresjon (57%), mens hallusinasjoner, appetitt/spiseforstyrrelser og oppstemthet/eufori hadde den laveste forekomsten (15-16%).

I vår studie har vrangforestillinger høyest gjennomsnittlig belastningsskår, og det samsvarer med andre studier (Huang et al., 2012). Vrangforestillinger kan skyldes tidsforskyvninger der pasienten ikke klarer å ha oversikt over situasjonen eller føler seg uttrygg (Engedal, 2008). Ofte ser man at vrangforestillingene dreier seg om at ting har blitt stålet fra pasienten, pasienten kjenner ikke igjen seg selv i speilet eller pasienten tror at sin ektefelle er utro (Selbæk, 2018). Denne type atferd kan være utfordrende for sykepleiere å forholde seg til fordi den ofte krever gjentagende innsats for å realitetsorientere pasienten. I tillegg vil noen vrangforestillinger være veldig forstyrrende eller skremmende for pasienten, og vil kreve at

sykepleieren bruker tid til å trøste eller tilrettelegge for trygge omgivelser (Cohen-Mansfield et al., 2011).

Vi fant også at agitasjon/aggresjon og avvikende motorisk atferd hadde høy belastningsskår. Dette er atferd som er veldig synlig og ofte fysisk, og som vil påvirke både pleiere og pasienter. I tillegg er denne type atferd gjerne ressurskrevende og kan gi en følelse av utrygghet og redsel hos både pleiere og andre pasienter. Dette kan indikere at atferd som er fysisk synlig og merkbar i avdelingen vurderes som mest belastende for sykepleiere i sin hverdag. Dette er atferd som ofte krever tettere oppfølging av personalet på vakt og som kan være krevende både mentalt og fysisk. Videre kan slik atferd påvirke medpasienter negativt og ha en påvirkning på det generelle miljøet på jobb (Schmidt et al., 2012). Medpasienter kan bli reddet og ikke ønske å være tilstede der pasienter med APSD oppholder seg.

Helsepersonellet kan oppleve at andre oppgaver må vente fordi man er nødt til å prioritere noen få pasienter fremfor noen andre.

Sist, men ikke minst, så kan det være belastende for pasienten selv, ved at andre pasienter kan trekke seg unna dem og det kan være vanskelig for helsepersonell å forstå hva pasienten forsøker å formidle. Tidligere studier har også funnet at mannlige pasienter oftere utviser fysisk aggressiv atferd (Zuidema et al., 2009), og kanskje kan det være en medvirkende årsak til at sykepleiere opplever denne type atferd som mer skremmende siden menn ofte er fysisk sterkere enn kvinner. På den andre siden finnes det studier der kvinner fremviser mer alvorlig agitasjon enn menn (Helvik et al., 2016), så resultatene fra studier på dette er sprikende.

I en studie fra Norge gir helsepersonell uttrykk for at de føler seg maktesløse, og mener de har mislykkes i pasientarbeidet når pasienter slår, sparker, klyper og spytter (Rognstad & Nåden, 2011). De føler seg også slitne, skremte og reddet når de er sammen med pasientene. Videre blir arbeidssituasjonen sett på som lite forutsigbar, og bidrar til å stresse personalet (Rognstad & Nåden, 2011).

Når arbeidsdagen oppleves som usikker og til tider skremmende fordi man ikke vet hvilken type atferd man vil møte på sin vakt, så vil det kunne gi sykepleiere en negativ opplevelse av både arbeidet, og også de pasientene man skal ha ansvaret for. Schmidt et al. (2012) hevder at pasienters utfordrende atferd er en betydelig stressfaktor for sykepleiere på sykehjem, og at det i ytterste konsekvens kan påvirke opplevelsen av egen helse, redusert arbeidskapasitet og høy turnover i yrket.



APSD kan føre til en negativ opplevelse av arbeidet som igjen vil kunne gi lavere kvalitet på den omsorgen som sykepleierne yter ovenfor disse pasientene. Brodaty et al. (2003) sin studie fra 12 sykehjem i Australia fant at over halvparten av helsearbeiderne har tendens til å oppfatte sine pasienter i mer negativ enn positiv retning. Særlig atferd som aggresjon, lite samarbeidsvillighet og uforutsigbarhet ble sett på som vanskelig å forholde seg til, og en fjerdedel av pleierne rapporterte at pasientene bidro til liten eller ingen trivsel på jobb. Allikevel konkluderes det med at pleierne generelt var fornøyde med jobben sin (Brodaty et al., 2003), noe som kan tyde på at det er flere faktorer enn pasientenes atferd som påvirker sykepleierens opplevelse av stress og belastning.

I vår studie ser det ikke ut til at forekomst av apati/likegyldighet hos pasientene øker sykepleierens rapportering av total belastning. Selv om dette symptomet forekommer hos nesten halvparten av pasientene i denne studien med 48,3% gir det lite påvirkning på den totale belastningsskåren for sykepleierne (1,12 - SD 1,07). Apati ser ut til å være et hyppig forekommende symptom hos pasienter med demens, uavhengig av graden av demens (Savva et al., 2009; Steffens et al., 2005), men det kan se ut til at helsepersonell sin opplevelse av belastning ikke nødvendigvis henger sammen med verken hyppighet eller intensitet (Huang et al., 2012).

Pasienter som viser denne type atferd ”gjør lite ut av seg” i avdelingen, og krever sjelden verken økt bemanning eller bidrar til at sykepleierne og medpasienter blir redde eller stresset. På den andre side kan det være nærliggende å tro at sykepleiere ville oppleve det som belastende at deres pasienter led under å være apatiske, men denne nyansen vises ikke med NPI-NH. Utfordringen ved at apati ikke oppleves som belastende for pleierne kan være at disse pasientene står i fare for å ikke bli sett og få tilstrekkelig hjelp eller behandling, nettopp fordi det vil være andre pasienter med mer ”synlig” atferd som krever pleierens oppmerksomhet i det daglige. Av de 118 pasientene som ble vurdert av sykepleierne i denne studien var det kun 11 pasienter der oppstemthet/eufori var tilstede, og skåren for totalbelastningen for sykepleierne var på kun 0,25 (SD 0,46). Dette samsvarer med tidligere studier som viser at eufori er lite forekommende hos personer med demens (Steffens et al., 2005; Zuidema et al., 2007), og at det er et symptom som mange sykepleiere ikke rapporterer om som belastende (Mulders et al., 2018; Schmidt et al., 2012). En forklaring på hvorfor oppstemthet/eufori skårer lavt på forekomst og belastning kan være at det er et symptom som kan være vanskelig å identifisere, eller som kan tolkes mer i retning av at pasienten er glad og fornøyd og dermed ikke ses på som en utfordring som må håndteres.

APSD hos pasienter med demens er dog ikke den eneste faktoren som vil gi økt belastning på sykepleiere, og det vil være nødvendig å se belastningen fra et større perspektiv. I tillegg kan det være en mulighet å differensiere mellom de forskjellige formene av for eksempel agitert atferd istedenfor å legge flere forskjellige symptomer inn i kategorien «agitasjon» (Testad et al., 2007). Sykepleiernes forståelse av atferden, hva som forsøkes å kommuniseres samt pasientens livshistorie må også tas i betraktning. En stor del av helsepersonellens opplevde belastning kan også komme fra sykepleiernes egne opplevelse av å ikke få gjort så mye de ønsket for pasientene på grunn av flere faktorer på arbeidsplassen (Edberg et al., 2008), og den eksisterende kulturen på arbeidsplassen gir regler og forventninger til hvordan helsepersonell skal møte pasientene og bestemmer prioriteringene i arbeidet deres (Skovdahl et al., 2003).

Med tanke på at det allerede er, og fremover vil være mangel på sykepleiere i kommunehelsetjenesten, så er det viktig å se på hvilke faktorer som bidrar til at mange kvier seg for å nettopp jobbe med personer med demens på sykehjem (Norsk Sykepleierforbund, 2017), og hvordan man kan bedre disse forholdene. Det er viktig å få frem hvilke utfordringer helsearbeidere som jobber med pasienter på sykehjem rapporterer om, slik at det kan tilrettelegges for en bedre arbeidshverdag og jobbe mer kunnskapsbasert og på denne måten endre pleie og omsorg til det bedre for både pasienter og ansatte. En arbeidshverdag som innebærer usikkerhet, redsel for verbal eller fysisk utagering og en følelse av å ikke lykkes med sitt pasientarbeid er forståelig nok ikke førstevalget for mange sykepleiere og kan bidra til høy turnover i yrket (Wood et al., 1999).

## Styrker og svakheter

En styrke i denne studien er antall observerte pasienter (n=118) og at respondentene/sykepleierne kommer fra 17 forskjellige sykehjem. Randomiseringen av sykehjemmene i studien bidrar til at resultatene kan være generaliserbare til tilsvarende pasientgrupper på andre sykehjem. Kartleggingsskjemaet NPI-NH er anerkjent og validert både nasjonalt og internasjonalt, og anses som pålitelig. En utfordring kan være at NPI-NH er basert på et intervju med en omsorgsgiver som har observert pasienten, altså by proxy, og dermed er det ikke pasienten selv som skårer atferden. Dette betyr at det er personen som kartlegger som tolker atferden, og pasienten selv har ingen mulighet til å bekrefte eller

avkrefte om tolkningen er korrekt noe som kan føre til mistolkninger. Allikevel kan det argumenteres med at sykepleierne som svarte på kartleggingsskjemaet hadde god kjennskap til pasientene og deres atferd den siste tiden, og at vurderingene derfor kan anses som pålitelige. Det er også en styrke at alle sykepleierne ble intervjuet av den samme personen, og dermed fikk de den samme innføringen og veiledningen i gjennomføringen av kartleggingen. En annen utfordringen ved NPI-NH er at det baserer seg på vurderinger av atferdssymptomer for de siste fire ukene. Dette gjør at det kan foreligge usikkerhet rundt hvor nøyaktig sykepleierne husker atferden til pasienten så langt tilbake i tid, særlig med tanke på hyppighet og intensitet.

Skåring av forekomst, hyppighet og intensitet av forskjellige atferds symptomer, samt opplevd belastning er basert på sykepleierens egne tolkninger av «mild, moderat eller alvorlig». Dette tenkes å avhenge av sykepleierens opplevelser og erfaringer med pasientgruppen og relevant utdanning utover bachelornivå. I denne studien foreligger det ingen bakgrunnsinformasjon om de inkluderte sykepleierne som ble intervjuet. Dette er en svakhet fordi det er rimelig å anta at variabler som kjønn, alder, utdanningsnivå, arbeidserfaring og lignende vil påvirke forståelsen av APSD og hvordan man som person blir påvirket av det. I hovedstudien var det gjort et forsøk på å samle inn denne bakgrunnsinformasjonen. Under intervjuet med NPI ble sykepleierens ID notert, men de færreste av sykepleierne oppga sitt ID-nummer på skjemaet som ble brukt til å samle inn bakgrunnsopplysninger, noe som gjorde at det var umulig å koble NPI og bakgrunnsopplysningene. Det finnes heller ikke et eksakt tall på hvor mange sykepleiere som deltok i studien. De forskjellige atferds symptomene kan også oppfattes ulike blant sykepleiere. Sykepleiere vil tolke atferd basert på hvilken relasjon de selv har til den aktuelle pasienten de vurderer. En pleier som har en positiv relasjon til en pasient kan «tone ned» alvorligheten i et symptom, på lik linje som en pleier som har en anstrengt relasjon til en pasient kan tolke atferd på en mer negativ måte. Mer presise vurderinger vil nok kunne gjøres ved direkte observasjon av pasientene, men det vil også være en mer ressurskrevende metode (Testad et al., 2007).

## Implikasjoner for praksis og videre forskning

Agitasjon/aggresjon, vrangforestillinger og avvikende motorisk atferd forekommer hyppig hos pasienter med demens, og disse symptomene er med på å øke totalbelastningen hos sykepleiere på sykehjem. Denne type atferd kan påvirkes på godt og vondt av helsepersonell, og det vil derfor være viktig å øke kunnskapen om atferd som kommunikasjon, og hvilken innvirkning dette har på samspillet mellom pasient og sykepleier.

Det er viktig å huske på at sykepleierens belastning ikke utelukkende handler om det enkelte symptomet som observeres hos pasientene, men at det er mange faktorer som påvirker hverandre. For eksempel vil økt kompetanse hos både sykepleieren og deres kollegaer om demens, atferd og somatisk sykdom påvirke holdninger og arbeidskultur, og dermed også være retningsgivende for hvordan man reagerer på, og håndterer APSD og utfordringene dette gir i en sykehjemsavdeling. I tillegg bør det tilrettelegges for at sykepleiere og deres kollegaer får anledning til å reflektere og diskutere, slik at man kan komme frem til en felles forståelse og tolkning av APSD og dermed bidra til en mer individuell tilnærming til pasienten og dens behov.

Refleksjon og diskusjon mellom kollegaer kan også bidra til at helsepersonell får aksept for at situasjoner kan oppleves som utfordrende, og støtte fra kollegaer og leder vil være med på å trygge sykepleieren i sitt arbeid. De fysiske lokalene man arbeider i spiller også inn på hvilke muligheter man har til å tilrettelegge for både skjerming og stimuli for pasientene, samt at organisering, tilgjengelige ressurser og støtte fra ledelsen til å arbeide personsentrert er viktige faktorer for å jobbe målrettet for å redusere APSD og belastningen som oppleves. Videre forskning bør derfor fokusere på en personsentrert tilnærming, både rettet mot pasienter og sykepleierne. Mer kunnskap og forståelse av de forskjellige APSD og bakenforliggende årsaker, samt implementering av flere ulike metoder for kartlegging av atferd hos pasienter på sykehjem, vil kunne sette søkelyset på forebygging av APSD snarere enn å behandle den. Videre vil det være nyttig å supplere fremtidige kvantitative studier med kvalitativ forskning for å få et bredere bilde av årsakssammenhenger.

## Konklusjon

Resultatene fra denne studien viser at agitasjon/aggresjon, irritabilitet/labilitet og avvikende motorisk atferd forekommer hos flest pasienter, og er svært hyppig hos pasienter med demens på sykehjem. Vrangforestillinger og agitasjon/aggresjon er den atferden som ser ut til å være mest belastende for sykepleierne. Oppstemthet/eufori er den atferden med den laveste registrerte forekomsten hos pasientene, og som gir den laveste skåren på totalbelastningen blant sykepleiere.

Denne studien har hatt som mål å bidra til mer kunnskap om utfordringene som sykepleiere møter i sitt arbeid på sykehjem med personer med demens. Ved å få kunnskap om hvilke atferdsmessige- og psykiatriske symptomer som forekommer, og som sykepleiere vurderer som belastende, så kan det settes inn tiltak for å forsøke å redusere belastningen. Dette vil igjen kunne gi en bedre, og mer tilrettelagt pleie og omsorg for pasientene.

## Referanser

- Bergh, S., Holmen, J., Saltvedt, I., Tambs, K., & Selbæk, G. (2012). Dementia and neuropsychiatric symptoms in nursing-home patients in Nord-Trøndelag County. *Tidsskrift for den Norske lægeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række*, 132(17), 1956-1959.
- Bergh, S., & Selbæk, G. (2012). The prevalence and the course of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia. *Norsk Epidemiologi*, 22(2).
- Brodaty, H., Draper, B., & Low, L. F. (2003). Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work. *Journal of advanced nursing*, 44(6), 583-590.
- Cohen-Mansfield, J., Golander, H., Ben-Israel, J., & Garfinkel, D. J. P. r. (2011). The meanings of delusions in dementia: a preliminary study. *189*(1), 97-104.
- Cummings, J. L. (1997). The Neuropsychiatric Inventory Assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology*, 48(5 Suppl 6), 10S-16S.
- Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44(12), 2308-2308.
- Edberg, A.-K., Bird, M., Richards, D. A., Woods, R., Keeley, P., & Davis-Quarrell, V. (2008). Strain in nursing care of people with dementia: nurses' experience in Australia, Sweden and United Kingdom. *Aging and Mental Health*, 12(2), 236-243.
- Engedal, K. (2008). *Alderspsykiatri i praksis : lærebok* (2. rev. og oppdatert utg. ed.). Tønsberg: Forl. Aldring og helse Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.
- Franz, S., Zeh, A., Schablon, A., Kuhnert, S., & Nienhaus, A. (2010). Aggression and violence against health care workers in Germany-a cross sectional retrospective survey. *BMC health services research*, 10(1), 51.
- Gjøra, L., Eek, A., & Kirkevold, Ø. (2014). *Nasjonal Kartlegging av Tilbudet Til Personer Med Demens (National Survey of Services to People with Dementia)*. Aldring og helse, Nasjonal kompetansetjeneste
- Helvik, A.-S., Engedal, K., Wu, B., Benth, J. Š., Corazzini, K., Røen, I., & Selbæk, G. (2016). Severity of neuropsychiatric symptoms in nursing home residents. *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*, 6(1), 28-42.
- Huang, S.-S., Lee, M.-C., Liao, Y.-C., Wang, W.-F., & Lai, T.-J. (2012). Caregiver burden associated with behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in Taiwanese elderly. *Archives of gerontology and geriatrics*, 55(1), 55-59.
- Kjelvik, J. (2017). *Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester. data fra IPLOS-registeret*. (IS-0600). Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/diagnosestatistikk-for-kommunale-helse-og-omsorgstjenester-data-fra-iplos-registeret>
- Lyketsos, C. G., Steinberg, M., Tschanz, J. T., Norton, M. C., Steffens, D. C., & Breitner, J. C. (2000). Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on Memory in Aging. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 708-714.
- Mulders, A. J., Smalbrugge, M., Zwijsen, S. A., Appelhof, B., Zuidema, S. U., de Vugt, M. E., . . . Koopmans, R. T. J. J. o. t. A. M. D. A. (2018). Nursing staff distress associated with neuropsychiatric symptoms in young-onset dementia and late-onset dementia. *19*(7), 627-632.
- Nasjonalforeningen. (2018, 31.08.2018). Retrieved from <https://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/>

- Norsk Sykepleierforbund. (2017). Avgangsundersøkelsen 2017. Retrieved from [https://www.nsf.no/Content/3763210/cache=20180603105249/NSF-%231017046-v1-Avgangsundersøkelsen\\_2017.pdf](https://www.nsf.no/Content/3763210/cache=20180603105249/NSF-%231017046-v1-Avgangsundersøkelsen_2017.pdf)
- Rogne, H. B. G., & Ulstein, I. (2012). Validering av den norske kortversjonen av nevropsykiatrisk intervjuguide—NPI-Q, en pilotstudie. *Vård i Norden*, 32(1), 37-40.
- Rognstad, M.-K., & Nåden, D. (2011). Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen—Pleieres perspektiv. *Nordisk sygeplejeforskning*, 1(02), 143-155.
- Rostad, H. M., Utne, I., Grov, E. K., Småstuen, M. C., Puts, M., & Halvorsrud, L. J. I. j. o. n. s. (2018). The impact of a pain assessment intervention on pain score and analgesic use in older nursing home residents with severe dementia: A cluster randomised controlled trial. 84, 52-60.
- Savva, G. M., Zaccai, J., Matthews, F. E., Davidson, J. E., McKeith, I., & Brayne, C. (2009). Prevalence, correlates and course of behavioural and psychological symptoms of dementia in the population. *The British Journal of Psychiatry*, 194(3), 212-219.
- Schmidt, S. G., Dichter, M. N., Palm, R., & Hasselhorn, H. M. (2012). Distress experienced by nurses in response to the challenging behaviour of residents—evidence from German nursing homes. *Journal of clinical nursing*, 21(21-22), 3134-3142.
- Selbæk, G. (2018). Nevropsykiatriske symptomer ved demens. In *Demens: sykdommer, diagnostikk og behandling* (pp. 246-259).
- Selbæk, G., Kirkevold, Ø., Sommer, O. H., & Engedal, K. (2008). The reliability and validity of the Norwegian version of the Neuropsychiatric Inventory, nursing home version (NPI-NH). *International Psychogeriatrics*, 20(2), 375-382.
- Skovdahl, K., Fahlström, G., Horttana, B. M., Winblad, B., & Kihlgren, M. (2008). Demanding behaviours and workload in elderly care in Sweden: occurrence at two time points within a decade. *Scandinavian journal of caring sciences*, 22(3), 323-330.
- Skovdahl, K., Kihlgren, A. L., & Kihlgren, M. (2003). Different attitudes when handling aggressive behaviour in dementia--narratives from two caregiver groups. *Aging & Mental Health*, 7(4), 277-286.
- Steffens, D. C., Maytan, M., Helms, M. J., & Plassman, B. L. (2005). Prevalence and clinical correlates of neuropsychiatric symptoms in dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 20(6), 367-373.
- Steinberg, M., Tschanz, J. T., Corcoran, C., Steffens, D. C., Norton, M. C., Lyketsos, C. G., & Breitner, J. (2004). The persistence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study. *International journal of geriatric psychiatry*, 19(1), 19-26.
- Testad, I., Aasland, A. M., & Aarsland, D. (2007). Prevalence and correlates of disruptive behavior in patients in Norwegian nursing homes. *International journal of geriatric psychiatry*, 22(9), 916-921.
- Wood, S. A., Cummings, J., Barclay, T., Hsu, M.-A., Allahyar, M., & Schnelle, J. (1999). Assessing the impact of neuropsychiatric symptoms on distress in professional caregivers. *Aging & Mental Health*, 3(3), 241-245.
- Zuidema, S. U., de Jonghe, J. F., Verhey, F. R., & Koopmans, R. T. (2009). Predictors of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients: influence of gender and dementia severity. *International journal of geriatric psychiatry*, 24(10), 1079-1086.
- Zuidema, S. U., Derksen, E., Verhey, F. R., & Koopmans, R. T. (2007). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 22(7), 632-638.
- Zwijzen, S., Kabboord, A., Eefsting, J., Hertogh, C., Pot, A., Gerritsen, D., & Smalbrugge, M. (2014). Nurses in distress? An explorative study into the relation between distress and individual neuropsychiatric symptoms of people with dementia in nursing homes. *International journal of geriatric psychiatry*, 29(4), 384-391.

## Tabeller

Tabell 1. Beskrivelse av utvalget (n=118)

Kjønn	
Menn, n (%)	35 (29,7)
Kvinner, n (%)	83 (70,3)
Alder, gjennomsnitt (SD)	83,7 (7,1)
Antall måneder på sykehjem, gjennomsnitt (SD) *	33,5 (28,4)
Avdelingstype	
Ordinær somatisk avdeling, n (%)	45 (38,1)
Demensavdeling, n (%)	58 (49,2)
Forsterket demensavdeling, n (%)	15 (12,7)
Total NPI-NH-skår, gjennomsnitt (SD)	30,2 (18,7)

\* Missing 5. NPI-NH: Nevropsykiatrisk vurderingsguide, sykehjemsversjon; SD: standardavvik

Tabell 2. Forekomst av atferdssymptomer basert på NPI-NH (n=118), n (%)

	Tilstede	Ikke tilstede	N/A
Vrangforestillinger	49 (41,5)	54 (45,8)	12,7
Hallusinasjoner	33 (28,0)	73 (61,9)	10,2
Agitasjon/aggresjon	79 (66,9)	39 (33,1)	
Depresjon/dysfori	56 (47,5)	62 (52,5)	
Angst	54 (45,8)	64 (54,2)	
Oppstemthet/eufori	11 (9,3)	107 (90,7)	
Apati/likegyldighet	57 (48,3)	61 (51,7)	
Manglende hemning	47 (39,8)	71 (60,2)	
Irritabilitet/labilitet	75 (64,4)	42 (35,6)	
Avvikende motorisk atferd	69 (58,5)	49 (41,5)	
Søvn forstyrrelser	44 (37,3)	74 (62,7)	
Appetitt/spiseforstyrrelser	23 (19,5)	79 (66,9)	13,6

N/A: Lar seg ikke vurdere.



Tabell 3. Hyppighet av atferdssymptomene basert på NPI-NH (n=118), n (%)

	Av og til	Ofte	Hyppig	Svært hyppig
Vrangforestillinger	5 (4,2)	8 (6,8)	15 (12,7)	20 (16,9)
Hallusinasjoner	4 (3,4)	8 (6,8)	9 (7,6)	11 (9,3)
Agitasjon/aggresjon	7 (5,9)	11 (9,3)	26 (22,0)	35 (29,7)
Depresjon/dysfori	9 (7,6)	7 (5,9)	22 (18,6)	18 (15,3)
Angst	6 (5,1)	7 (5,9)	13 (11,0)	28 (23,7)
Oppstemthet/eufori	1 (0,8)	4 (3,4)	4 (3,4)	2 (1,7)
Apati/likegyldighet	1 (0,8)	8 (6,8)	12 (10,2)	36 (30,5)
Manglende hemning	8 (6,8)	7 (5,9)	19 (16,1)	13 (11,0)
Irritabilitet/labilitet	6 (5,1)	6 (5,1)	34 (28,8)	30 (25,4)
Avvikende motorisk atferd	1 (0,8)	6 (5,1)	8 (6,8)	54 (45,8)
Søvnforstyrrelser	9 (7,6)	11 (9,3)	16 (13,6)	8 (6,8)
Appetitt/spiseforstyrrelser	4 (3,4)	7 (5,9)	12 (10,2)	0 (0,0)

Tabell 4. Intensitet på atferdssymptomene basert på NPI-NH (n=118), n (%)

	Mild	Moderat	Alvorlig
Vrangforestillinger	9 (7,6)	23 (19,5)	16 (13,6)
Hallusinasjoner	13 (11,0)	14 (11,9)	5 (4,2)
Agitasjon/aggresjon	27 (22,9)	33 (28,0)	19 (16,1)
Depresjon/dysfori	25 (21,2)	25 (21,2)	6 (5,1)
Angst	17 (14,4)	23 (19,5)	14 (11,9)
Oppstemthet/eufori	8 (6,8)	3 (2,5)	0 (0,0)
Apati/likegyldighet	8 (6,8)	41 (34,7)	8 (6,8)
Manglende hemning	18 (15,3)	19 (16,1)	10 (8,5)
Irritabilitet/labilitet	32 (27,1)	37 (31,4)	7 (5,9)
Avvikende motorisk atferd	24 (20,3)	25 (21,2)	20 (16,9)
Søvnforstyrrelser	17 (14,4)	18 (15,3)	9 (7,6)
Appetitt/spiseforstyrrelser	6 (5,1)	12 (10,2)	5 (4,2)

Tabell 5. Total belastningsskår som vurdert av sykepleierne, gjennomsnitt (SD)

Total belastningsskår	11,8 (11,3)
Vrangforestillinger	2,94 (1,21)
Hallusinasjoner	1,94 (1,27)
Agitasjon/aggresjon	2,73 (1,28)
Depresjon/dysfori	2,11 (1,24)
Angst	2,44 (1,25)
Oppstemthet/eufori	0,25 (0,46)
Apati/likegyldighet	1,12 (1,07)
Manglende hemning	2,23 (1,20)
Irritabilitet/labilitet	2,28 (1,25)
Avvikende motorisk atferd	2,09 (1,33)
Søvnforstyrrelser	2,02 (1,22)
Appetitt/spiseforstyrrelser	1,91 (1,27)

## Vedlegg 1: Forfatterveiledning for tidsskriftet «Tidsskrift for omsorgsforskning»

Fullstendige retningslinjer finnes på:

[https://www.idunn.no/tidsskrift\\_for\\_omsorgsforskning#/authors](https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning#/authors)

### KRAV TIL ARTIKLER

Vitenskapelige artikler

Vitenskapelige artikler skal normalt ikke overskride 5000 ord, eksklusive sammendrag, referanseliste og eventuelle tabeller.

Innsendingen for vitenskapelig artikkel skal inneholde følgende:

- Tittel ( gjerne kort og poengtert)
- Sammendrag på hovedspråk, maks 180 ord
- Engelsk tittel
- Engelsk sammendrag, maks 200 ord
- For empiriske artikler skal sammendragene inneholde bakgrunn, metode, hovedresultater og konklusjon.
- 3–6 nøkkelord på norsk og engelsk (som beskriver artikkelen og ikke forekommer i tittelen)
- Selve manusteksten
- Eventuelle nummererte noter, organisert som sluttnoter
- Litteraturreferanser, alfabetisk ordnet i henhold til referansestilen APA

I egne dokumenter:

- Nummererte figurer og tabeller
- Tittelside med tittel på artikkel, forfatternes tittel og navn, institusjonstilknytning og e-postadresse, samt tekst til note med takksigelser, opplysninger om finansiering mm. dersom det er aktuelt.

Til bruk ved presentasjonen av empirisk forankrede originalartikler skal forfatterne helt kort angi

- Hva vet vi allerede om dette emnet?
- Hva nytt tilfører denne studien?

Informasjon om dette settes opp i to til tre kulepunkter med til sammen maksimum 50 ord som svar på hvert av spørsmålene og føyes inn i manuskriptet før sammendraget.

Tidsskriftets artikler har ingen fast mal med hensyn til overskrifter og struktur. Forfatterne oppfordres til å følge en gjennomtenkt struktur i sine manuskripter i overensstemmelse med de fagtradisjoner, metodiske og analytiske tilnærminger arbeidet springer ut av.

Overskrifter og eventuelle underoverskrifter i løpende tekst skal være uten tallangivelse og klart angitt. Det skal være maksimum to nivåer av overskrifter.

## MEDFORFATTERSKAP

For medforfatterskap kreves at en oppfyller Vancouverreglene. Det vil si at de har bidratt med idé, planlegging og utforming eller analyse og innsamling eller fortolkning av data, har medvirket ved utarbeidelse eller kritisk innholdsmessig revidering av manuskriptet og godkjenning av det endelige manuskriptet. Bidrag skal være vitenskapelig redelig og følge gjeldende lover og etiske retningslinjer (se for eksempel <http://www.etikkom.no/>).

## REFERANSESTIL

Tidsskriftet bruker referansestilen APA. Dette nettstedet kan konsulteres for en innføring i hvordan referanser føres: <http://sokogskriv.no/kildebruk-og-referanser/referansestiler/apa-6th/>.

## REFERANSER I TEKST

APA bruker forfatter og årstall i referanser. Når man refererer eller oppsummerer en kilde settes forfatterens etternavn og årstall i parentes i teksten på denne måten: (Andersen, 2011; Andreassen, 2004; Askheim, 2009). Hvis referansen har to eller flere forfattere benyttes &-tegnet: (Deegan & Anderson 2006).

## REFERANSELISTE

Referanselisten skrives til slutt etter hovedteksten. Referanselisten føres alfabetisk på første forfatters etternavn.

## DOI-REFERANSER

Referansene skal alltid inkludere DOI (digital object identifier) for kilder som har dette. DOI skal være en klikkbar URL og plasseres til sist i referansen. Hvis du er usikker på hva DOI-koden til en referanse er, eller om en DOI-kode finnes, kan du gjøre et raskt søk etter tittel, forfatternavn osv. på <http://search.crossref.org/>

## SITAT I TEKSTEN

Sitater over tre linjer skiller ut i eget avsnitt. Kortere sitater integreres i løpende tekst med anførselstegn. Alle sitater må ha en referanse som plasseres i parentes etter sitatet, men før punktum eller komma. Dersom forfatter oversetter sitater, marker dette slik: (Lindgren, 1981, s. 33; egen oversettelse).

Sitater skal ikke kursiveres. **Boktitler og begreper brukt i løpende tekst kan enten kursiveres eller markeres med hermetegn.**

## TABELLER, FIGURER OG ILLUSTRASJONER

Disse nummereres fortløpende. Marker hvor i manuskriptet hvert element skal plasseres, slik [tabell 1 omtrent her].

Antall tabeller, figurer og illustrasjoner bør begrenses, og tabeller og figurer bør være selvforklarende og ha korte overskrifter. Av hensyn til sitatretten må alle illustrasjoner være relevante og anses som komplement til teksten.

Alle tabeller, figurer og illustrasjoner som benyttes i manuskriptet må være tillatt å publisere. Dersom det ikke er forfatteren selv som har laget figuren, skal navnet på tegner eller fotograf oppgis i figurteksten. Forfatteren innhenter selv tillatelse til bruk av tidligere trykte illustrasjoner. Illustrasjoner må ha oppløsningsgrad på minst 300 dpi.

## NOTER

Noter skal være i form av sluttnoter.

## PUBLISERINGSETIKK

Redaksjonen er opptatt av at det som publiseres i tidsskriftene, er av høy faglig kvalitet og følger internasjonale etiske standarder for vitenskapelig publisering. Tidsskriftet følger retningslinjene til Committee of Publication Ethics (COPE).

## VURDERINGSPROSESSEN

*Vitenskapelige artikler* blir først vurdert av redaktør med tanke på relevans og kvalitet. Dersom manuskriptet vurderes som relevant og av tilstrekkelig kvalitet, blir det sendt til to eller flere fagfeller for vurdering. Verken forfatters eller fagfellers identitet gjøres kjent for partene.

De oppnevnte fagfellene skal i sin vurdering legge vekt på at bidragene

- er i en form som gjør resultatene etterprøvbare eller anvendelige for andre forskere og praktikere
- er i et språk som gjør det tilgjengelig for forskere og praktikere i målgruppen for *Tidsskrift for omsorgsforskning*
- viser kjennskap til sentral faglitteratur innenfor sitt tema
- presenterer ny innsikt

*Fagartikler* blir også først vurdert av redaktøren med tanke på relevans og kvalitet. De vurderes av bare én fagfelle. Fagartiklene presenterer erfaringer, faglig kunnskap og vurderinger i en friere form enn vitenskapelige artikler, jf. eget avsnitt over.

Forfatter vil motta ferdig pdf av artikkelen når den er publisert.

## RETTIGHETER

Artikler gjengitt i tidsskriftet reguleres av bestemmelser gjengitt i Avtale om normalkontrakt for utgivelse av litterære verk i tidsskrift av 10. november 2010 mellom Den norske Forleggerforening og Norsk faglitterær forfatter- og oversetterforening. Avtalen kan leses på <http://www.nffo.no>.

Artikler gjengitt i tidsskriftet vil bli lagret og gjort tilgjengelig på Idunn, Universitetsforlagets database for elektronisk distribusjon av tidsskrifter ([www.idunn.no](http://www.idunn.no)).